TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE JAMBE

REVUE PRATIQUE

N° 56
6

TRAITEMENT

DE

L'ULCÈRE DE JAMBE

REVUE PRATIQUE

THÈSE

Présentée et publiquement soutenue à la Faculté de Médecine de Montpellier

Le 28 avril 1908

PAR

EDMOND BÉNECH

Né à Montpellier, le 12 novembre 1876

Pour obtenir le grade de docteur en Médecine

ROYAL COLLEGE OF SURGEONS OF ENGLAND
LIBRARY

MONTPELLIER
IMPRIMERIE GROLLIER, ALFRED DUPUY SUCCESSEUR
Boulevard du Peyrou, 7

1908

PERSONNEL DE LA FACULTE

MM. MAIRET (✻)..... DOYEN.
SARDA..... ASSESSEUR.

Professeurs

Clinique médicale.....	MM. GRASSET (✻).
Clinique chirurgicale.....	TEDENAT (✻).
Thérapeutique et matière médicale	HAMELIN (✻).
Clinique médicale.....	CARRIEU.
Clinique des maladies mentales et nerveuses.....	MAIRET (✻).
Physique médicale.....	IMBERT.
Botanique et histoire naturelle médicales.....	GRANEL.
Clinique chirurgicale.....	FORGUE (✻).
Clinique ophtalmologique.....	TRUC (✻).
Chimie médicale.....	VILLE.
Physiologie.....	HEDON.
Histologie.....	VIALLETON.
Pathologie interne.....	DUCAMP.
Anatomie.....	GILIS.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	ESTOR.
Microbiologie.....	RODET.
Médecine légale et toxicologie.....	SARDA.
Clinique des maladies des enfants.....	BAUMEL.
Anatomie pathologique.....	BOSC.
Hygiène.....	BERTIN-SANS (H).
Pathologie et thérapeuthique générales.....	RAUZIER.
Clinique obstétricale.....	VALLOIS.

Professeurs-adjoints : MM. DE ROUVILLE, PUECH.

Doyen honoraire : M. VIALLETON.

Professeurs honoraires : MM. E. BERTIN-SANS (✻), GRYNFELTT.

Secrétaire honoraire : M. GOT.

Chargés de Cours complémentaires

Clinique ann. des mal. syphil. et cutanées.	MM. VEDEL, agrégé.
Clinique annexe des maladies des vieillards	VIRES.
Pathologie externe.....	LAPEYRE, agrégé libre.
Clinique gynécologique.....	DE ROUVILLE, prof.-adjoint
Accouchements.....	PUECH, prof. adjoint.
Clinique des maladies des voies urinaires..	JEANBRAU, agrégé.
Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	MOURET, agrégé libre.
Médecine opératoire.....	SOUBEIRAN, agrégé.

Agrégés en exercice

MM. GALAVIELLE.	MM. SOUBEIRAN.	MM. LEENHARDT.
VIRES.	GUERIN.	GAUSSEL.
VEDEL.	GAGNIERE.	RICHE.
JEANBRAU.	GRYNFELTT Ed.	CABANNES.
POUJOL.	LAGRIFFOUL.	DERRIEN.

M. H. IZARD, *secrétaire,*

Examinateurs de la thèse :

MM. TÉDENAT, *président.*	MM. VIRES, *agrégé*
SARDA, *professeur.*	SOUBEIRAN, *agrégé.*

La Faculté de Médecine de Montpellier déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leur auteur ; qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON AMI Georges MARTEL

E. BÉNECH.

LIMINAIRE

A nos parents, si bons, si affectueux, dont la sollicitude pour nous ne se démentit jamais, nous offrons l'hommage de notre filiale piété.

Ils savent combien est grand l'amour que nous leur portons, et que nous n'oublierons jamais la tâche qui nous est imposée envers eux. Heureux de les sentir près de nous, en cette heure décisive, nous puiserons encore dans leurs exemples et dans leurs conseils, notre règle de conduite vers le Beau et le Bien.

A tous nos maîtres de la Faculté de Médecine de Montpellier, nous adressons l'expression de notre respect. Entre tous, notre reconnaissance va à Messieurs les professeurs Tédenat et Sarda. M. le professeur Tédenat a bien voulu accepter la présidence de notre thèse. Tout ce que nous savons en chirurgie nous l'avons appris à sa clinique magistrale, et nous ne saurions redire sans émotion combien il fut bon et accueillant envers nous.

Nous ne pourrons jamais acquitter la dette de reconnaissance que nous avons contractée envers M. le professeur Sarda.

Jamais nous n'oublierons les excellentes leçons qu'il nous donna, les avis qu'il nous a prodigués. Nous ne saurions distinguer en lui quel est le plus intègre, le plus digne, de l'homme ou du savant.

Messieurs les professeurs agrégés Vires et Soubeyran furent

pour nous, non seulement des maîtres, mais surtout des amis. A M. le professeur Soubeyran nous devons le sujet de notre thèse inaugurale. M. le professeur Vires, par sa vaste érudition, par son esprit avisé, par ses encouragements, a su nous donner le goût des questions para-médicales et de la médecine historique.

A mon ami M. le professeur Cabannes, à mes camarades les docteurs Euzière, Guiraud, Schœffer, mes meilleurs souvenirs. Je ne saurais oublier parmi tous, mon excellent ami, le docteur Dunal.

A l'internat des hôpitaux et des asiles de Montpellier, nous adressons nos meilleurs remerciements. Leurs titulaires furent toujours, jeunes ou anciens, nos bons camarades. Nous tenons à leur donner aujourd'hui cette marque d'estime. Nos amis Roques et Levy ont un droit particulier à cette reconnaissance pour les nombreux conseils dont ils ont aidé notre travail.

*A la rédaction de l'*Etudiant, *dont nous fîmes partie durant trois ans environ, nous souhaitons toute prospérité, en particulier à notre camarade L.-F. Rouquette.*

A tous ceux, étudiants ou non, qui nous aimèrent et nous estimèrent notre meilleure sympathie. Nous ne voulons point les nommer pour ne pas risquer un oubli.

A tous ceux, étudiants ou non, qui sous des dehors cauteleux et hypocrites, médirent de nous, calomnièrent même ; à tous ceux pour qui le désintéressement n'est qu'un leurre, la franchise une sottise, et la bonté une idiotie, nous disons notre profond mépris.

Nous ne voulons point terminer ce liminaire sur des paroles de haine.

A la mémoire de notre vieil ami Georges Martel à qui est dédié ce travail, nous envoyons notre plus triste et notre plus doux souvenir. Notre joie eût été grande de l'avoir en ce jour

à nos côtés. La mort cruelle en a décidé autrement. Son âme reste toujours cependant parmi nous.

A Celle dont la pensée plane au dessus de cette thèse, et qu'il ne nous est point encore permis de nommer, mais dont le nom est gravé dans notre âme, nous offrons notre travail, fait presque sous ses yeux, comme une preuve tangible de notre profond et sincère amour.

TRAITEMENT

DE

L'ULCÈRE DE JAMBE

REVUE PRATIQUE

INTRODUCTION

La dénomination d'ulcère de jambe a été appliquée à l'ulcère variqueux.

Cette similitude de terme, consacrée par l'usage, provient de ce que l'ulcère consécutif aux varices siège toujours à la jambe et que, d'autre part, parmi les ulcères qui peuvent affecter cette région du membre inférieur, c'est à peu près toujours l'ulcère variqueux que l'on observe.

De sorte que, on désigne, nous pouvons dire classiquement, sous le nom d'ulcère de jambe, une perte de substance ayant peu de tendance à la cicatrisation, siégeant à la partie inférieure et interne de la jambe, un tel ulcère étant à peu près toujours une complication des varices.

Cette lésion, observée dans les temps les plus reculés, fut l'objet de nombreux, nous pouvons dire d'innombrables procédés thérapeutiques. Il n'est pas de région, il n'est pas d'époque, il n'est peut-être pas de médecin qui n'ait eu son ou plus souvent ses procédés de traitement des ulcères variqueux.

Déjà, les médecins de l'antiquité savaient combien est difficile, et souvent illusoire, le traitement curatif de ces lésions.

La difficulté réside dans la duplicité des lésions, car, ainsi que les anciens l'avaient dejà judicieusement rapporté, dans l'ulcère de jambe, il y a l'ulcère et il y a les varices. De sorte que, un traitement approprié seulement à la perte de substance est insuffisant puisqu'il néglige l'élément veineux, et qu'une médication ne visant que les varices échoue également puisqu'elle ne s'adresse qu'indirectement à l'ulcération.

Et, d'ailleurs, il faut bien savoir que la présence de l'ulcère aggrave les varices, qui sont de ce fait plus difficilement tangibles, de même que les varices rendent plus difficile la cicatrisation de l'ulcère : mauvais vaisseaux, mauvaise irrigation, mauvais téguments, mauvaise protection des vaisseaux, augmentation de leurs lésions. C'est là un cercle vicieux, et c'est ce cercle vicieux qui explique la désespérante ténacité ainsi que la récidive de ces ulcères de jambe.

Si, à ces causes d'échec des traitements proposés, nous ajoutons la difficulté qu'il y a d'aller atteindre l'ulcère derrière les varices. Si l'on veut bien nous permettre cette expression, si l'on se rend compte que ces deux éléments, ulcères et varices, ont partie liée, et qu'il est à peu près impossible d'établir un traitement curatif rationnel de l'ulcère, sans chercher préalablement à améliorer l'état des varices, on comprendra que, d'autre part, le siège de cet ulcère au membre inférieur le met dans des conditions de curabilité précaire. Ce dont sont convaincus tous les praticiens, c'est qu'il n'y a pas de traitement absolu et sûr de l'ulcère de jambe.

Et cela est manifeste. Nous n'en voulons pour preuve que les méthodes innombrables tour à tour proposées dans cette affection, méthodes que nous n'avons pas la prétention

d'énumérer dans ce travail, tant leur nombre est considérable, encore que beaucoup d'entre elles soient tombées dans l'oubli. Beaucoup aussi sont désuettes, et, se rattachant par quelque point à des méthodes conservées, ne présentent aucun intérêt. Ce fut là, d'ailleurs, un des champs les plus vastes et les mieux exploités du charlatanisme. Quelque nombreuses que soient ces méthodes, quelque soit le principe sur lequel elles reposent, il faut bien remarquer, qu'aucune n'est suffisante et aussi qu'aucune n'est totalement dépourvue de valeur.

C'est dire qu'il ne faut pas se hâter de choisir dans cet arsenal thérapeutique des ulcères variqueux et de proscrire tous les procédés archaïques qui ne présentent pas une valeur particulière suffisante. Ce choix doit être circonspect et ce n'est qu'après un examen approfondi de la méthode qu'on peut la banir.

Il nous a donc semblé qu'il y avait intérêt à ordonner les procédés, tant médicaux que chirurgicaux, à les examiner, à les critiquer et à les juger, puis à grouper ces procédés pour essayer d'en réunir un très petit nombre d'une action certaine, et même de signaler comment ces procédés satisfaisants pouvaient être combinés pour atteindre le plus sûrement et le plus rapidement au résultat recherché.

Il nous a paru qu'on devait arriver ainsi à quelques procédés peu nombreux, mais efficaces et que l'on pouvait alors espérer rétablir un traitement rationnel et pratique de l'ulcère de jambe. Non pas que nous ayons la faiblesse de penser aboutir à une méthode unique et certaine à employer avec un égal succès dans tous les cas d'ulcères variqueux. Une telle espérance serait chimérique et, d'ailleurs, le titre que nous donnons à ce travail : Traitement de l'ulcère de jambe, revue pratique, indique suffisamment notre intention.

Comment en pourrait-il être ainsi. Ne savons nous pas

que dans ces ulcères s'observent une infinie diversité de formes. Ne savons-nous pas que ces ulcères, et par conséquent leur traitement, varient avec le terrain, c'est-à-dire avec l'individu qui en est porteur, qui sera ici un arthritique, un scrofuleux, avec son âge, son sexe, avec le siège des varices, leur nature, le degré de la lésion, etc.. Il n'est pas jusqu'à la profession du malade dont il ne faille tenir compte dans ce traitement, et nous trouvons dans ces différentes variétés autant d'indications spéciales. Nous nous proposons donc, dans cette étude, après avoir très rapidement rappelé l'historique de cette question, de passer en revue les méthodes connues et d'en faire la critique. Pour que cet exposé soit plus complet, pour qu'il soit aussi plus logique, nous avons divisé les méthodes rapportées en procédés non sanglants et procédés sanglants. Parmi les premiers nous avons groupé toutes les méthodes dans lesquelles agissent des agents physiques, et puisque de tout temps la mécanique fait partie de la physique, nous avons placé dans ce groupe les procédés mécaniques tels que : repos, compression, etc. Dans un second groupe, nous avons réuni les méthodes basées sur l'action d'un agent chimique, parmi les procédés sanglants ou opératoires, nous avons dans un premier groupe passé en revue les méthodes agissant sur les veines. Dans un deuxième groupe les méthodes agissant sur les nerfs. Dans un troisième groupe les méthodes agissant simultanément sur les veines et les nerfs. Dans un quatrième et dernier groupe, les méthodes agissant directement sur l'ulcère.

Nous avons au fur et à mesure de cette exposition montré les avantages et les inconvénients de chacun de ces procédés.

Enfin, nous avons résumé les résultats de cette critique générale.

Dans un chapitre suivant, nous présentons à l'appui de ces

méthodes quelques observations concluantes, parmi lesquelles une inédite, due à l'obligeance de M. le professeur-agrégé Soubeyran.

Dans un dernier chapitre, nous essayons d'esquisser les indications qu'imposent les conditions pathologiques de ces ulcères.

Enfin, nous exposons les conclusions que nous paraît comporter un si vaste sujet.

HISTORIQUE

Cet historique du traitement des ulcères variqueux fut divisé par les auteurs en trois périodes : période grecque et latine, période de la Renaissance, période contemporaine.

Mais il est incomplet, car si les auteurs nous ont laissé de nombreux détails sur le traitement chirurgical, ils passent volontiers sous silence les procédés médicaux si nombreux.

C'est à Hippocrate qu'il faut remonter pour trouver la première mention des ulcères variqueux.

Déjà, cet auteur connaissait différents procédés de traitement, ce qui semble indiquer que bien avant lui d'autres hommes pratiquant l'art de guérir avaient entrepris la cure de ces ulcères, et Hippocrate enregistre déjà l'effet bienfaisant de l'application locale d'eau froide ou de glace.

Fabrice d'Aquapendente conseillait, dans le traitement des varices, l'application d'un mélange de :

Gomme tragacanthe,
Vin de grenade,
Poudre de bol d'Arménie,
Mastic,
Sang-dragon.

Mais déjà, dans le siècle d'Auguste, Celse avait recours au cautère. Cette méthode, d'ailleurs critiquée dès cette époque, ne paraît jamais avoir joui d'une grande faveur, et on lui préféra un autre procédé employé également par Celse et décrit par lui, l'extirpation de la tumeur ulcéreuse et de la veine.

Quant à Galien, il conseille au livre IV, chapitre II, de couper les bords de l'ulcère quand ils sont durs et décolés.

C'est à lui que semble donc revenir l'honneur de la méthode des scarifications.

Paul d'Egine, Fabrice de Hildan, J.-L. Petit, contribuèrent à l'étude de cette question. Mais il faut bien reconnaître que ce n'est toujours que du traitement chirurgical dont il est question.

Ambroise Paré fait, à la manière de Galien, des entailles à l'ulcère afin, dit-il, « de donner prise aux médicaments, et ce, jusques au vif ».

Et nous arrivons presque à l'époque contemporaine. Il y eut, au début de ce siècle, un effort considérable en faveur du traitement de ces ulcères, et c'est en partie aux Anglais qu'en revient l'honneur : John Hunter, Calliser, Benjamin Bell, puis Viseman, Underwood, Samuel Cooper, Baynton.

Roux, en 1814, après un voyage à Londres, mit les chirurgiens français au courant et leur fit connaître la méthode de Baynton.

Après lui, des auteurs français s'avancèrent dans ces travaux. Ce furent Delpech, Lallemand, Parent-Duchâtel, Blandin, Marjolin.

Telle est, bien rapidement esquissée, d'une façon générale, la liste de ceux qui contribuèrent à l'étude de cette question qui, nous devons le répéter, est vieille comme le monde.

Nous serions incomplets si dans cet historique nous n'essayions d'établir ce qui revient, dans les procédés opératoires ayant cours (qu'on nous permette cette expression), à des hommes dont le nom semble trop éclipsé par celui que l'usage a accolé aux différentes méthodes.

C'est ainsi que la méthode des scarifications, appelée « Procédé de Vidal », remonte à Galien (Liv. IV, chap. II).

Ambroise Paré l'employait en 1580, en ne lui reconnaissant, il est vrai, que l'avantage de favoriser l'action des médicaments. Benj. Bell, d'Edimbourg, scarifie les bords des vieux ulcères.

Enfin Lallemand, comme le rapporte Rigaud dans sa thèse (1839), avait recours aux scarifications pour débrider les bords et modifier leur vitalité propre.

C'est Vidal qui insista sur leur action propre en dehors de toute action médicamenteuse. C'est lui qui expérimenta ce procédé dans le traitement des ulcères qui nous occupent.

De même, la ligature ou résection de la saphène interne, méthode dite de Trendelenbourg, est la plus ancienne. Celse, nous l'avons vu, la pratiquait, et Plutarque rapporte que Caïus Marius supporta cette opération.

J.-L. Petit et Berger l'employèrent en France, puis Everard Home, en 1799, l'applique au traitement des ulcères variqueux.

Lucas-Championnière, le premier en France (1875), lie la saphène. Benjamin Travers rapporte que cette opération aurait été faite à une femme, en 1801, à l'Hôpital de Guy.

En 1870, Trendelenbourg publie un mémoire : « De la ligature de la grande veine saphène dans le traitement des varices de jambe ». Cette méthode est combattue par Tillaux dans ses cliniques.

La méthode autoplastique, qu'il est d'usage de désigner sous le nom de procédé de Poncet, remonterait à Celse ou à Tagliacozzi. Mais ces chirurgiens n'utilisèrent jamais l'autoplastie pour combler les pertes de substance dues aux ulcères variqueux. L'autoplastie paraissait, en effet, réservée aux ulcérations de la face. Ce fut Hofmokl, de Vienne, qui le premier utilisa ce procédé dans la cure de l'ulcère variqueux.

En 1888, Poncet et Berger tentèrent une réparation rapide et directe des ulcères variqueux par l'autoplastie.

Quant aux autres méthodes, elles sont de beaucoup plus récentes. L'incision circonférencielle tentée incomplètement en janvier 1853 par le chirurgien anglais Gay, qui faisait une incision demi-circonférencielle, fut reprise par Faure qui faisait deux incisions courbes se rejoignant par leurs extrémités et disséquait les bords.

Puis, ce fut en 1862, Dolbeau, qui donna son nom au procédé et qui montra que la plaie devait être isolée et libérée des parties voisines.

La priorité lui fut disputée par Husbaum, de Munich, qui publia, en 1873, quelques cas de guérisons se rapportant à ce procédé qu'il aurait employé depuis 1859.

Enfin Hogden modifia le procédé de Dolbeau en faisant une incision « en diagramme de fleur ». Les greffes remontent à Reverdin qui le premier eut l'idée de cette méthode pour le traitement d'une brûlure. Elles furent modifiées par Ollier.

Ce fut Thiersch qui donna à cette méthode toute sa valeur en appelant l'attention des chirurgiens sur la réparation de la perte de substance à recouvrir.

Enfin les interventions portant sur les nerfs, et particulièrement l'élongation des nerfs, furent consécutives aux expérimentations de Harless et Haber, faites en 1858. Hauser en 1861, chercha l'application de cette intervention.

En 1873, Husbaum, de Munich, puis Verneuil en France l'employèrent. En 1874, Duplay créa la méthode et l'employa au mal perforant plantaire.

Ce fut, en 1894, Chipault qui donna toute son extension à ce procédé qui depuis porte son nom, et que Bardesco, de Bucarest, employa à la même époque.

Puis Quénu, en 1892, conseilla la résection des varices peri-nerveuses de l'échancrure sciatique dans le traitement des névralgies sciatiques observées chez les variqueux.

En 1895, Delagenière, en faisant l'opération de Quénu, ne

trouva pas de varices peri-nerveuses, mais intra-veineuses. Pour les réséquer, il dissocia les faisceaux, le sciatique. L'ulcère dont était porteur le malade guérit. La méthode de la dissociation fasciculaire du nerf sciatique était créée.

Gérard, Marchant, 1896, puis Delbet, montrèrent plus nettement encore les résultats qu'elle pouvait donner.

DIVERSES MÉTHODES DE TRAITEMENT DE L'ULCÈRE DE JAMBE

Le traitement des varices et de leurs nombreuses complications a, depuis les temps les plus éloignés, fait l'objet de recherches nombreuses qui ont abouti à la préconisation de méthodes thérapeutiques diverses. Parmi ces complications, l'ulcère variqueux, vulgairement désigné sous le nom d'ulcère de jambe, à cause de la fréquence de son siège à la partie inférieure de ce segment de membre, a été étudié d'une façon encore plus complète. Il a fait le sujet de publications multiples tendant chacune à conseiller un traitement approprié. Le nombre même de ces méthodes thérapeutiques indiquait d'une façon péremptoire l'insuffisance de leur valeur et les échecs que leur application entraînait souvent.

D'autre part, l'empirisme et le charlatanisme ont pu pendant un certain temps tenir rang parmi ces différentes méthodes, compter des succès autant et parfois plus que les autres, et cela parce que tous les deux recommandaient, à côté de manœuvres inutiles et anodines, le repos et la compression, pouvant à eux seuls assurer la guérison. C'est à cela que certains emplâtres ou poudres ont dû une renommée longtemps accréditée.

Ce n'est pas tout ; en dehors de l'absence de toute thérapeutique rationnelle et scientifique, on a pendant longtemps considéré que la présence d'un ulcère de jambe, loin d'en-

traîner des conséquences défavorables à tout l'organisme, servait d'émonctoire pour tous les déchets qui, sans cette issue bienfaisante et presque providentielle, se seraient accumulés dans le corps, donnant naissance à un certain nombre de troubles parfois très graves. De là, dérivant logiquement de cette façon de voir, un respect particulier pour ces ulcères et une thérapeutique très timide dans la crainte de métastases dangereuses.

Aujourd'hui, on s'est heureusement dégagé de toutes ces idées anciennes ; l'ulcère de jambe, complication des varices dues elles-mêmes à un état local défectueux, souvent sous la dépendance d'un état général particulier, doit être considéré comme une infirmité pouvant être le point de départ de manifestations plus graves, telles que l'infection, la transformation cancéreuse. Pour toutes ces raisons, il faut s'attacher non seulement à empêcher sa formation chez un variqueux, ce qui constitue la partie préventive du traitement, mais aussi à le traiter une fois installé, à s'efforcer de le faire disparaître et à éviter toutes les chances de récidive.

Nous n'avons pas, dans le cadre de notre question, à faire la pathogénie de l'ulcère de jambe. Mais il nous faut pourtant faire remarquer l'importance considérable des conceptions pathogéniques sur l'évolution des différentes méthodes thérapeutiques. Le fait de rattacher l'ulcère à des varices préexistantes entraîne immédiatement cette conséquence de traiter ces dilatations veineuses en même temps que l'ulcère lui-même. Il en résulte que la plupart des méthodes de traitement des varices s'adaptent et doivent s'adapter au traitement de l'ulcère. Mais ce n'est pas tout. On a depuis assez longtemps remarqué l'absence de parallélisme entre l'ulcère et les varices : des individus porteurs de grosses varices n'ayant pas d'ulcère, tandis que chez d'autres cette complication survenant avec des dilatations veineuses minimes et

insignifiantes. Les recherches pathogéniques de Quénu, de Delbet et d'autres auteurs ont montré l'influence de lésions nerveuses, expliquant ainsi l'ulcère comme un trouble trophique. Cette conception a entraîné l'établissement de nouvelles méthodes de traitement : incisions circulaires de jambe (Dolbeau), élongations des nerfs (Chipault), dissociation du nerf sciatique, etc.

De nombreux essais ont été faits pour classer d'une façon logique les diverses méthodes de traitement de l'ulcère variqueux. La plupart de ces classifications sont imparfaites et cela se comprend vu le nombre de procédés.

Une classification chronologique n'aurait qu'un intérêt purement historique ; elle pourrait tout au plus montrer l'évolution des idées dans cette question si discutée, si souvent mise à l'ordre du jour, si vieille et si jeune en même temps.

Si on avait des connaissances plus précises sur le mode d'action de diverses méthodes, on pourrait établir une classification dite pathogénique. Elle aurait naturellement eu beaucoup de valeur, puisqu'elle se serait appuyée sur des arguments sérieux ; mais malheureusement elle est impossible à faire, puisque d'une part le mode d'action de nos interventions n'est pas intimément connu, et que, d'autre part, plusieurs procédés pourraient appartenir en même temps à plusieurs groupes différents. Cailleton, dans sa thèse (Thèse de Paris, 1901), essaye une classification du traitement chirurgical sanglant de l'ulcère variqueux ; il oublie de signaler le procédé de Moreschi de l'incision circonférencielle de la jambe.

Nous diviserons l'étude du traitement de l'ulcère variqueux en deux grands groupes :

1° Traitement non sanglant.

2° Traitement opératoire ou sanglant.

I. Par traitement non sanglant, nous comprenons les diverses méthodes thérapeutiques ayant pour but d'amener la guérison et d'éviter les récidives uniquement par l'emploi de pansements et de moyens mécaniques ou physiques.

Dans cette première partie nous pouvons considérer :

1° Le traitement par les agents physiques à savoir :

a) Le repos ;
b) La compression ;
c) Les irrigations chaudes ;
d) Le massage ;
e) La métallothérapie ;
f) La lumière chaude, la thermocautérisation ;
g) La ventilation ;
h) L'électricité.

2° Le traitement par les agents chimiques ou médicamenteux ; ceux-ci peuvent être classés suivant leur mode d'action en :

Excitateurs ;
Modérateurs ;
Antiseptiques ;
Calmants ;

suivant leur forme et leur état physique en :

Poudres : { Aristol, Dermatol,
Poudre de Lucas Championnière ;
Pommades de Hardy ;
Liquides, liquide de Villatte ;
Pulvérisations.

Enfin, certains auteurs ont préconisé des pansements spé-

ciaux ayant une technique spéciale et utilisant des matériaux toujours les mêmes ; ce sont :

Les pansements de Unna ;
de Desprès ;
de Cypriani ;
de Laffont-Grelety ;
de Morzitz Kopisi, etc.

II. Le traitement sanglant ou opératoire a pris depuis quelque temps une expansion considérable ; les progrès de la chirurgie moderne, la sûreté et la tranquilité fournies par les méthodes de l'asepsie et de l'antisepsie dans les interventions, en rendant celles-ci plus bénignes, ont étendu beaucoup leurs applications.

On pourrait, avec Cailleton, diviser ces méthodes sanglantes suivant qu'elles agissent :

1° Sur l'ulcère ou dans son voisinage.

2° Loin de l'ulcère.

Nous préférons adopter la classification suivante :

1° Méthodes agissant sur les veines, qui comprennent :

a) La ligature simple ;
b) La ligature double et résection intermédiaire ;
c) Les ligatures étagées ;
d) La résection totale de la saphène interne ;
e) Injections irritantes intra ou périveineuses.

2° Méthodes agissant sur les nerfs :

a) Elongation des nerfs sensibles ;
b) Dissociation du sciatique.

3° Méthodes agissant sur les veines et les nerfs :

Incision circonférentielle de la jambe (Moreschi).

4° Méthodes agissant sur l'ulcère :

a) Excision de l'ulcère et des varices voisines ;

b) Incisions circonférencielles de l'ulcère et méthodes qui en dérivent ;

c) Scarifications ;

d) Greffes, autoplastie.

La division du traitement en deux grands groupes telle que nous venons de la faire, n'est qu'une division schématique destinée uniquement à nous permettre l'étude méthodique des divers procédés ; il faut bien comprendre, toutefois, qu'en pratique les choses ne se passent pas toujours ainsi. Non seulement on emploie successivement les diverses méthodes, mais aussi on peut les employer simultanément.

Il est certain que si la résection des varices et de la saphène peut être utile à la disparition de l'ulcère, un traitement approprié sur celui-ci (pansements, compression, etc.) sera un adjuvant de premier ordre.

Avant d'entreprendre l'analyse et la critique des diverses méthodes de traitements de l'ulcère variqueux, il nous est indispensable de dire quelques mots sur les soins médicaux qu'il ne faut pas négliger, sur l'hygiène des variqueux et sur les divers traitements généraux qu'on a préconisés. Cette partie médicale du traitement a surtout une valeur préventive assez considérable. Autrefois, son importance était mieux reconnue. Les varices et les ulcères évoluent chez des individus prédisposés, arthritiques, souvent artériosclérreux.

Cet état d'infériorité qui se manifeste chez eux par la phlébosclérose précoce peut être du soit à un état constitutionnel antérieur héréditaire, soit le plus souvent à un certain nombre de facteurs étiologiques ayant trouvé pour se manifester un terrain favorable. Le régime de ces malades doit être surveillé : les toxines et les substances toxinogènes

doivent être écartées avec soin de l'alimentation. C'est chez eux que le régime lactovégétarien à une influence très heureuse ; au contraire l'abus des viandes du gibier faisandé, de fromage, etc., leur est très nuisible ; l'alcool leur est également néfaste.

Les effets de ce régime sont très favorablement accentués par une hygiène spéciale. Naturellement le repos étant, comme nous le verrons plus loin, à la base de tout traitement, il faudra éviter toute profession fatigante obligeant l'individu à se tenir debout.

On a prescrit à l'intérieur diverses substances les unes ayant un effet astringent, les autres un effet résolutif. L'Hamamelis virginica a longtemps été en honneur pour les varices et les ulcères variqueux ; sa vogue a beaucoup baissé actuellement ; toutefois uni à un traitement direct plus actif il peut être utile et ne doit pas être dédaigné.

Hancock, de New-York, a conseillé les préparations de térébentine à l'intérieur. Pour cet auteur cette médication aurait une valeur très nettement appréciable. Kelly, de la même ville, et certains autres auteurs avec lui, recommandent l'emploi, toujours à l'intérieur, de la teinture d'iode prise sous forme de gouttes.

Les iodures en général et l'iodure de potassium en particulier ont été employés avec de très bons résultats, à la condition de prolonger suffisamment la médication ; le seul inconvénient de cette méthode réside dans l'apparition d'éruptions iodiques fort gênantes.

Un facteur étiologique dont il faut tenir compte dans l'apparition de l'ulcère variqueux est la malpropreté dans laquelle certains variqueux entretiennent leurs membres inférieurs. On voit parfois arriver à l'hôpital de ces vieux mendiants vagabonds, d'une saleté repoussante, qui viennent exhiber leur ulcère lorsque celui-ci a atteint une superficie

considérable. Souvent entretenue qu'elle est par un bandage plus ou moins compressif ou par un pansement sordide, cette malpropreté devient la cause de la pullulation de larves d'insectes et nous avons vu une fois un de ces ulcères à la surface duquel grouillaient une multitude de larves blanches ayant envahi tout le pied et toute la jambe.

Un soin précieux auquel devra veiller le porteur de varice sera donc de ne pas négliger un nettoyage fréquent et un entretien convenable de sa jambe. Le rôle étiologique de l'eczéma des variqueux dans la production de l'ulcère est connu de tous ; or, c'est à la suite de la malpropreté que l'eczéma apparaît.

Il faudra également éviter tout traumatisme au membre malade, la moindre excoriation, qu'elle soit traumatique ou pathologique devient une occasion éminemment favorable pour l'apparition de l'ulcère.

Après avoir ainsi passé rapidement en revue les préceptes généraux de l'hygiène des variqueux, examinons avec soin les différentes méthodes destinées à guérir l'ulcère variqueux, et à l'assurer le plus possible d'une récidive plus ou moins lointaine.

I. Traitement non sanglant

Dans cette partie de la thérapeutique chirurgicale des ulcères variqueux, on peut utiliser soit les agents physiques et mécaniques, soit les agents chimiques ou médicamenteux.

1°) *Traitement par les agents physiques* :

a) *Le repos.* — De tous temps on a conseillé le repos dans les affections variqueuses de membres. Avant même que son rôle pathogénique fut bien déterminé, l'expérience et l'em-

pirisme avait établi son utilité. L'influence de ce facteur est tellement grande qu'il a très souvent suffi à lui seul à amener une amélioration notable, si ce n'est pas une guérison complète ; et étant donné que dans la plupart des procédés de traitement des varices et de leurs ulcères il n'est jamais oublié, on arrive à se demander quelle est la part exacte prise dans la guérison par la caractéristique du procédé employé.

Ce repos est plus ou moins sévère, selon la gravité des cas en présence desquels on se trouve. Le membre inférieur siège de l'ulcère malade doit être placé dans une position horizontale ou même légèrement élevée.

Trendelenbourg a bien montré par son étude expérimentale et clinique que, à la suite de la dilatation veineuse, les valvules de ces vaisseaux devenaient insuffisantes.

Il en résulte que la pression de la colonne de sang ne se trouve plus comme normalement répartie tout le long de ce vaisseau ; au contraire, elle pèse de tout son poids, qui peut être considérable, sur la partie inférieure de la veine, exerçant ainsi une pression anormalement considérable sur une paroi qui a, par-dessus le marché, perdu une partie ou la totalité de son élasticité par la phlébosclérose. Cet état de choses entraîne non seulement de l'œdème, mais aussi des douleurs qui peuvent être intolérables. La position horizontale ou légèrement élevée de la jambe, en supprimant la pression sanguine anormale, supprime également ses manifestations. Presque toujours, tous les variqueux sont très rapidement soulagés par cette position. L'inconvénient qu'elle présente est qu'elle oblige le malade à garder une position qui l'empêche de vaquer à ses affaires. Le variqueux ne se sent pas assez malade pour sacrifier à ses varices ou à son ulcère son temps ou ses occupations, qu'il croit très précieuses ; c'est là un tort qu'il a très souvent l'occasion de regretter plus tard.

Malgré ses bons effets, le repos n'est presque toujours utilisé qu'à titre d'adjuvant. Lui seul exigerait beaucoup trop de temps pour amener la guérison. Il ne faut pourtant pas le négliger, car il a encore son importance.

b) *La compression.* — L'indication qui consiste à favoriser le plus possible le cours du sang veineux et d'éviter la stase, est remplie par le repos, comme nous l'avons vu précédemment. La compression unie au repos permet de répondre à cette indication primordiale, d'une façon beaucoup plus efficace et plus rapide. Le port d'un appareil compressif, quel qu'il soit, a de tout temps été la base de tout traitement. Déjà fort en honneur chez les médecins arabes, cette méthode a été utilisée pendant tout le moyen-âge et jusqu'à nos jours. On peut dire qu'en moyenne, c'est le procédé le plus répandu, un des moins gênants et un de ceux qui donnent de très bons résultats. Cette compression doit remplir certaines conditions : elle doit être *suffisante* mais *tolérable*. Il y a là un point précis et délicat qu'il ne faut pas perdre de vue. La compression a pour but de donner artificiellement une élasticité qui manque à la paroi veineuse ; trop faible, elle serait insuffisante et n'empêcherait pas la stase ; trop forte, elle entraînerait des troubles multiples et en particulier de la douleur ; la compression doit être *homogène*, c'est-à-dire que tous les points du membre doivent être également influencés par le bandage ; elle doit dépasser le tour des varices et remonter pour cela, soit jusqu'au genou, soit au-dessus du genou, soit enfin jusqu'à l'aine.

Pour produire cette compression, on a proposé divers agents. Instituée comme méthode de traitement en Angleterre par Baynton, en 1797, ce procédé a été rapporté en France par Roux, en 1811. Il souleva à cette époque beaucoup de critiques et ne fut admis définitivement qu'après les recherches de Boyer. Le *procédé de Baynton* est le suivant :

On découpe sur une pièce en diachylon un certain nombre de bandelettes de longueurs différentes et ayant une largeur d'environ 0m03 centimètres à 0m04 centimètres. Ces bandelettes sont appliquées successivement sur le membre malade, en commençant par le pied, le membre inférieur étant horizontal.

Il faut qu'elles s'imbriquent d'environ un tiers de leur largeur et que leur longueur soit telle qu'elles puissent faire le tour du membre et se croiser sur une longueur d'un quart de circonférence. On forme ainsi une cuirasse assez rigide compressive et que l'on remonte plus ou moins haut. Ainsi appliquée, la compression est encore utilisée dans beaucoup d'hôpitaux.

Gaujot et Verneuil (*Journal des connaissances médico-chirurgicales*, 1854, juin), ont donné une très bonne étude des procédés de compression.

Henry-A. Martin, du Massachussets, a indiqué un procédé de compression très commode et d'une application très facile : Il prend une bande élastique en caoutchouc de trois mètres de long sur 75 millimètres de large ; la longueur de la bande dépendra, naturellement, du niveau que l'on veut atteindre ; si on veut que le pansement compressif monte jusqu'à l'aine, il faudra se procurer une bande de 5 à 6 mètres. La bande doit être mise le matin au lit, avant le lever, alors que le membre est encore dans une position où le sang ne vient pas gonfler les réseaux veineux ; on commence à appliquer un premier tour au niveau de la partie moyenne du pied et, de là on passe, par un croisé en 8 de chiffre, au niveau de la région des malléoles ; on remonte ensuite par des circulaires réguliers tout le long du membre, en imbriquant chaque tour d'environ un tiers de sa largeur. Il faut se garder de serrer, même légèrement, car dès que la jambe est mise dans la position verticale, elle est un peu gonflée par

l'afflux de sang et alors, la compression serait intolérable. Lorsque, au contraire, on prend soin de ne pas serrer, le malade ressent une espèce de bien-être très appréciable. La bande en caoutchouc, qui a donné à Martin et à d'autres auteurs plusieurs succès, a l'inconvénient d'empêcher l'évaporation de la sueur, qui reste toute la journée en contact avec la peau et l'irrite. C'est pour cette raison qu'il faut l'enlever le soir avant de se coucher, et faire une toilette soignée de la peau et de l'ulcère.

Reclus conseille de mettre la bande en caoutchouc au-dessus d'une couche d'ouate hydrophile chez les variqueux porteurs d'un large ulcère.

On a utilisé également dans cet ordre d'idées des bas fabriqués au moyen d'une substance élastique : ce sont les bas élastiques pour varices qu'on trouve à profusion dans le commerce. Ces bas ne méritent pas la vogue et la popularité dont ils jouissent ; trop serrés au début et par conséquent intolérables, ils ne tardent pas, à la suite d'un usage plus ou moins prolongé, selon leur qualité, à se relâcher et devenir ainsi insuffisants.

Beaucoup plus solides sont les bas lacés ; ils sont faits soit en coutil de fil assez fort, soit en peau de chien, ce qui vaut mieux ; on les lace sur le côté et ils remontent depuis le milieu du pied jusqu'au-dessus du genou. Afin de rendre sa compression plus homogène, on est obligé d'intercaler entre le bas et la peau une couche de coton élastique qui a également l'avantage de combler les vides. Le bas doit être lacé soigneusement, il a l'avantage de pouvoir être serré plus ou moins, selon l'intensité de l'œdème ; il faut toutefois prendre cette précaution de ne pas serrer plus fort en haut qu'en bas, ce qui entraînerait une stase veineuse qui n'est pas à désirer.

Schwartz recommande le bas lacé élastique intermédiaire

entre les deux modèles précédents que nous venons de signaler, et qui aurait pour cet auteur leurs avantages, sans avoir leurs défauts.

En somme, et pour résumer cette méthode, on peut dire que la compression bien appliquée reste le procédé le plus commode pour la majorité des cas. Il est bien entendu, d'ailleurs, que l'ulcère est pansé antiseptiquement, malgré la présence de l'agent de compression. On a vu de très nombreux succès suivre l'application de ce principe. C'est un des meilleurs moyens de traiter les varices et leurs ulcères. Le seul reproche qu'on puisse lui faire est qu'il nécessite un temps assez long pour amener la guérison et qu'une fois que celle-ci est obtenue, il ne met pas l'individu à l'abri d'une récidive possible. A cela on peut répondre que le malade n'a qu'à porter son appareil, même après la cicatrisation de son ulcère.

c) *Les irrigations chaudes.*— Lister en Angleterre, peu après lui, Marjolin en France, préconisèrent les longues irrigations chaudes contre l'ulcère de jambe. Le membre, placé dans la position horizontale, était plongé dans un bain d'eau légèrement antiseptique (Lister employait l'acide phénique) à une température voisine de 50° centigrades. Reclus, reprit cette méthode et obtint de bons résultats ; deux fois par jour, pendant quinze minutes à chaque fois, il fait prendre à ses malades un bain local de 45° à 50°. Sous l'influence de ce traitement, on voit rapidement la surface de l'ulcère se déterger, les croûtes tomber, le pourtour se nettoyer et se dessiner plus distinctement; puis le bourrelet cicatriciel, périphérique apparaît et s'étend de plus en plus vers le centre. Naturellement, ces balnéations sont suivies de la compression du membre.

d) *Le massage* a été préconisé plutôt pour les varices que

les ulcères eux-mêmes. Toutefois, certains auteurs, en Angleterre principalement, ont signalé de bons résultats. Utilisé en ce pays dès 1871, il a été introduit en France par Erdinger en 1897, qui l'a surtout employé à titre préventif. Il a l'avantage d'activer la circulation et la nutrition locales et empêche ou résout les engorgements. Il doit être toutefois pratiqué avec douceur car il pourrait donner lieu à des accidents. Nous le mentionnons plutôt comme moyen secondaire que comme méthode de traitement proprement dit.

e) *La métallothérapie.* — Underwood a conseillé d'appliquer sur l'ulcère une mince lame de plomb que l'on maintient par un pansement légèrement compressif. En 1894, Ascornet remplaça le plomb par du zinc. Il place sur l'ulcère une plaque métallique de 1/10 de ^{mm}. d'épaisseur et de 1 centimètre de largeur. Il applique par dessus un pansement et la bande caoutchoutée. Dans sa thèse (Bordeaux 1894, n° 55), il signale des cas de guérison par ce procédé. Les liquides exsudés par l'ulcère attaqueraient probablement le métal en donnant naissance à des produits de combinaisons dont l'action caustisque serait utile à la cicatrisation de l'ulcère.

f) *La chaleur et la lumière.* — Dans un article paru dans la *Semaine Médicale 1897*, Colleville préconise un traitement spécial de l'ulcère variqueux ; il les soumet à l'action combinée de la chaleur, de la lumière et de la ventilation. Il place le patient devant une plaque métallique grillagée, de façon à ce que l'ulcère soit à peu près à 0,25 centimètres du grillage. Il dirige alors sur cette plaque la flamme bleue d'un bec Bunsen, jusqu'à ce qu'elle commence à rougir. Tout autour de l'ulcère, la peau est protégée par des compresses humides. On atteint ainsi une température de 45° à 50°, l'ulcère bénéficie en même temps de la ventilation produite par la flamme. La séance dure de vingt minutes à une heure. A la fin de la

séance, la surface de l'ulcère est recouverte d'une couche de sérosité solidifiée à travers laquelle on voit des bourgeons charnus. On laisse encore quelque temps à nu et on applique un pansement. Dès la première séance, dit l'auteur, la douleur et la stase veineuse diminuent et les malades dorment mieux. Bientôt on voit surgir des bourgeons charnus et le liseré périphérique apparaît. Colleville a obtenu la cicatrisation d'ulcères à la suite d'un nombre de séances variant entre 5 et 25.

A côté de ce procédé, il nous faut signaler celui qui utilise la lumière et la chaleur solaire. Cette héliothérapie a été essayée et a, paraît-il, donné de bons résultats.

Bouisson, de Montpellier, avait longtemps auparavant imaginé un petit appareil pour provoquer une ventilation au niveau de l'ulcère. Par cette méthode, il obtenait ce qu'il appelait une cicatrisation sous crustacée.

h) *L'électricité.*— En 1847, Crussel eut l'idée d'appliquer l'action des courants électrolytiques au traitement de l'ulcère variqueux.

Spencer, en 1848, publia dans le *London médical journal* des succès remarquables dus à cette méthode. Arnold, en 1877, fit de cette étude le sujet de sa thèse de doctorat ; il arrive aux conclusions suivantes :

L'électricité peut avoir une action curative sur les ulcères.

La tension du courant nécessaire est variable.

La cicatrisation paraît proportionnelle à la durée du passage du courant.

Le courant centrifuge produit plus rapidement et plus abondamment des bourgeons charnus.

Les effets de l'électricité semblent tenir à son action sur la circulation et sur la nutrition générale, plutôt qu'à son action électrolytique.

Doumer, de Lille, a montré que l'effluvation statique avait

une action thérapeutique très manifeste. Le malade est placé sur un tabouret isolant, relié à la machine électrique et l'effluvation est faite à l'aide d'une pointe. Les séances durent de dix à quinze minutes, elles sont bi ou tri-hebdomadaires.

2° *Traitement par les agents chimiques ou médicamenteux.*

Les substances chimiques les plus variées ont été conseillées dans le traitement de l'ulcère de jambe. La multiplicité des formes cliniques de l'ulcère et de ses caractères explique cette profusion de produits, s'adaptant chacun à une indication spéciale. Si les ulcères atones, à bourgeons mous, flasques, pâles, sans tendance à la cutinisation sont améliorés par des topiques excitants, tels que le nitrate d'Ag. dilué, le tannin, l'alun, les ulcères végétants indiquent plutôt les caustisques plus énergiques. L'abondance de la secrétion a fait employer des poudres absorbantes, telles que la *poudre de charbon*, le *sous-nitrate de bismuth*, le talc. Parfois les douleurs violentes sont calmées par la poudre d'amidon, la fécule de pomme de terre.

Les pansements de l'ulcère variqueux doivent être rares.

Paré professait déjà cette opinion ; il ne voulait pas qu'on *déshabille trop souvent les ulcères.* C'est là un bon principe qu'il ne faut pas perdre de vue dans ce traitement.

Parmi les poudres employées, il nous faut signaler l'*iodoforme* qui jouit encore actuellement d'une renommée assez grande; il est antiseptique, désinfectant et kératinisateur, il a l'inconvénient d'avoir une odeur désagréable et persistante et de provoquer une irritation de la peau environnant l'ulcère, lorsque son emploi est prolongé ; l'*aristol*, le *dermatol*, la poudre de Lucas Championnière ont été employés avec succès. Nous avons déjà signalé le bismuth, l'alun, le tannin, ces deux derniers comme astringents.

Les pommades ont été beaucoup employées autrefois ; de

toutes les vieilles formules, il reste encore aujourd'hui la pommade au styrax que l'on prescrit parfois. Par contre, de nombreux chirurgiens ont préconisé des formules nouvelles antiseptiques.

La *pommade de Hardy* a la composition suivante :

Minium . .	āā 2 gr.
Cinabre . .	
Cérat . . .	30 gr.

Elle est donnée par les classiques comme comptant plusieurs succès.

La pommade polyantiseptique de Reclus a été employée par cet auteur, qui en a relaté des guérisons ; elle contient :

Acide borique . .	āā 5 gr.
Antipyrine . . .	
Iodoforme . . .	0,50 à 1 gr.
Vaseline	30 gr.

Cette pommade a l'avantage d'être analgésique en même temps qu'antiseptique.

Dans les cas d'infection intense avec lymphangite, des séances prolongées de pulvérisation d'un liquide antiseptique font calmer très rapidement, avec les douleurs, l'inflammation qui les provoquait.

Les pansements humides avec des solutions antiseptiques ont été conseillés et pratiqués. On a utilisé, pour cela, la plupart des antiseptiques en dissolution.

On désigne sous le nom de *Liqueur de Villatte*, une solution renfermant :

Sous-acétate de plomb.	3 gr.
Sulfate de zinc . . .	15 —
Sulfate de cuivre . .	15 —
Vinaigre	200 —

Elle a une action astringente très manifeste.

Ricard (Thèse de Paris, 1896) et Vaissier (Thèse de Paris, 1897), signalent plusieurs cas d'amélioration des ulcères variqueux traités par l'eau de Labarraque.

Quénu emploie le *Sulfate de cuivre* de la façon suivante :

Il applique sur l'ulcère des compresses de tarlatane imbibées d'une solution cuprique à 10 p. 1000. Il recouvre ainsi largement tout l'ulcère et les régions environnantes ; il place par-dessus un morceau de taffetas gommé imperméable et maintient le tout par une bande en toile. Le pansement se renouvelle tous les trois ou quatre jours. Sous l'influence excitante du cuivre, les bourgeons s'épidermisent ; il faut se garder de faire de grands lavages pendant les pansements, car ils risqueraient d'entraîner les bourgeons épidermiques néoformés. L'usage du cuivre n'est pas récent, puisque déjà Lasègue prescrivait à ses variqueux des bains généraux avec 20 grammes de sulfate de cuivre.

Dans un article publié dans *The Lancet*, Goolden préconise les pansements à l'eau oxygénée qui lui auraient donné des résultats très satisfaisants.

Guillaumet a utilisé le sulfure de carbone. Après un nettoyage préléminaire de l'ulcère, il badigeonne la surface au moyen d'un pinceau imbibé de ce liquide ; il saupoudre par-dessus du sous-nitrate de bismuth et achève le pansement avec de la charpie.

Un traitement décrit et vanté par le *Bristish Medical Journal* est le pansement au zinc gélatiné. La formule employée est :

Oxyde blanc de zinc . .	ãã 5 parties
Gélatine	
Eau distillée	10 —
Glycérine	8 —

on a ainsi une pâte formant une sorte de glu blanche que l'on

ramollit au bain-marie. On l'applique avec un pinceau sur l'ulcère préalablement saupoudré d'acide borique ou de naphtaline. Ce topique a une valeur cicatrisante considérable; il peut être gardé en place pendant cinq à six jours.

A côté de ces différents traitements, un certain nombre d'auteurs ont conseillé des pansements spéciaux auxquels ils ont donné leur nom.

Dans la thèse d'Aubouin (Th. Paris, 1897, n° 140), on trouve décrits avec force détails les avantages et la technique du traitement des ulcères variqueux par la *Méthode d'Unna* : Ce pansement aurait, d'après l'auteur, l'avantage d'être pratique, peu cher et facile. C'est un pansement rare, qui répondrait aux indications suivantes : asepsie, kératinisation rapide, rapprochement des bords de l'ulcère, compression, mise à l'abri de la région malade à l'égard des traumatismes extérieurs. On commence par faire un nettoyage sérieux de la région que l'on dégraisse au moyen d'une solution de potasse étendue ; puis, au moyen d'une compresse ou d'une brosse molle, on fait un brossage assez long. Dans le cas où la peau est le siège d'eczéma, on la recouvre au préalable d'une pommade à l'oxyde de zinc et à l'amidon. L'ulcère est saupoudré d'iodoforme. On recouvre ensuite toute la surface malade d'une colle spéciale dite colle d'Unna, renfermant de la gélatine, de la glycérine et de l'oxyde de zinc. On fait ensuite un pansement au moyen de bandes en tarlatane amidonnée qui maintiennent le tout.

Desprès recommande le repos et applique sur l'ulcère des pansements humides à l'acide phénique à 3 ou à 5 0/0.

Morzit Kopisi, dermatologiste, touche ses ulcères variqueux avec une solution de potasse à 0,10 centig. p. 60 c. c., il emferme le membre malade dans un pansement au gypse bitumeux.

Dans la *Presse Médicale*, de septembre 1899, on trouve

résumé un traitement spécial conseillé par Cypriani. Il comprend les temps suivants : 1° Lavage soigné de toute la région ; 2° dessèchement de l'ulcère avec du coton hydrophile ; 3° mise de poudre d'iodoforme sur l'ulcère ; 4° pansement avec des compresses imbibées d'une solution de formol de 2 à 4 p.cent. ; 5° pansement compressif.

Lafont Grelety (*Presse Médicale*, Septembre 1895) adopte la conduite suivante : Dans le cas d'œdème il institue un drainage capillaire-sous cutané ; puis pendant deux ou trois jours il exite les bourgeons charnus par le nitrate d'argent ; enfin il fait un pansement d'ouate hydrophile imbibée d'une solution chaude de gélatine à 10 p. cent.

Lucas Championnière a recommandé une pommade ou entre de l'onguent napolitain et de la pommade camphrée.

Comme nous venons de le voir, les méthodes de traitement non sanglant des ulcères variqueux sont nombreuses et toutes comptent des succès à leur actif. Il serait imprudent de se prononcer d'une façon définitive dans un sens ou dans un autre pour une quelconque de ces méthodes. Tout est affaire d'indications individuelles et tel procédé qui réussira chez l'un échouera chez l'autre. Toutefois, pour résumer en quelques mots cette première partie du traitement des ulcères, nous dirons que le repos et la compression sont très utiles et même indispensables dans toutes les méthodes quelles qu'elles soient, que ce traitement physique peut et doit être suivi d'applications locales topiques, modificatrices, soit excitantes, soit modératrices ou caustiques, toujours kératoplastiques.

II. — Traitement sanglant ou opératoire.

Le traitement sanglant des ulcères variqueux date de fort longtemps. Dans la traduction de Plutarque par Amyot,

on lit que le consul Marius s'était « mis entre les mains des » chirurgiens, car il avait les cuisses pleine de grosses veines » élargies, et s'en faschait parce que c'était chose laide à » voir. » Celse brûlait avec un fer rouge les petites varices et excisait les grosses au bistouri. Paul d'Egine, et plus tard Aquapendente, employaient la ligature et la résection des veines variqueuses.

Toutefois, la possibilité de complications infectieuses a pendant longtemps jeté le discrédit sur ces méthodes hardies. Aujourd'hui on peut les aborder sans crainte et profiter de tous les heureux résultats que l'on prévoyait.

1° *Méthodes agissant sur les veines.* — Les interventions sur les veines du membre inférieur et, en particulier, sur la saphène interne dans la guérison des varices et des ulcères datent de fort longtemps. Les résultats obtenus par la ligature ou la résection de la saphène interne furent publiés en 1870 par Trendelenbourg, dans un ouvrage intitulé : « De la ligature de la grande veine saphène dans le traitement des varices de jambe. » En France, Lucas Championnière, le premier, fit la ligature de la veine saphène. Dans la thèse de Charade (Th. Paris, 1890), on trouve une observation de Schwartz où est notée la guérison d'un ulcère variqueux à la suite de résection de veine saphène. Plus récemment, Archambault dans sa thèse de 1894, relate les succès obtenus par cette méthode par Ricard.

On désigne sous le nom d'opération de Trendelenbourg toute intervention pratiquée sur le tronc de la veine saphène interne, dans le but d'établir un barrage définitif sur le courant veineux superficiel du membre inférieur. C'est là la définition donnée par Viannay (*Revue de chirurgie*, 1905, n° 1). Le manuel opératoire suivi a varié avec les époques. On a eu recours successivement à la ligature simple, section entre

deux ligatures, résection unique, multiples, totale de la veine saphène.

a) *Ligature simple.* — Elle peut se faire à la cocaïne ; après toutes les précautions antiseptiques d'usage, on fait une incision parallèle au vaisseau que l'on dénude sur une longueur de 1 à 2 centimètres; on passe un fil au-dessous et on noue la ligature. Cette ligature unique se fait à l'union du tiers moyen et du tiers inférieur de la cuisse. C'est la ligature à ciel ouvert. Il nous faut citer pour mémoire les ligatures sous-cutanée et transcutané qui n'ont qu'un intérêt historique. Cette ligature simple a été jugée insuffisante par la majorité des auteurs et par Trendelenbourg lui-même. Elle ne suffit pas à donner une oblitération durable. Minkievitz a fait des expériences sur les animaux et a constaté la possibilité de perméabilité ultérieure.

b) *Section entre deux ligatures.* — On la trouve décrite dans le mémoire de Trendelenbourg.

Sur le tiers inférieur du trajet de la saphène au niveau de la cuisse, on fait une incision de 3 centimètres et on dénude le vaisseau, que l'on isole à la sonde cannelée ; on passe deux fils de catgut au-dessous de lui et on les lie à chaque extrémité de l'incision. Entre les deux ligatures on sectionne la veine et on suture la peau par un point. Cette opération est très simple, très facile, mais jugée insuffisante par la plupart des auteurs. Elle entraîne l'oblitération de la saphène *en un seul point* de son parcours ; or, cette oblitération unique est incapable de remédier à l'insuffisance valvulaire. Pearce Goold a publié dans le *Lancet* (1899, avril), une étude sur 50 cas de varices traités par ce procédé. Il a constaté 5 fois de grosses veines nouvellement formées autour de la cicatrice établissant la communication interrompue par la liga-

ture double. Viannay signale (Revue de chirurgie, 1905) un cas où les deux bouts de la veine sont devenus perméables après un certain temps.

c) *Ligatures et résections étagées.* — Ce procédé a été recommandé spécialement par Schwartz :

Après les précautions de propreté habituelles, on pratique au niveau de la cuisse et de la jambe un certain nombre de ligatures, 4 à 5 en moyenne. Si on se trouve en présence de gros blocs variqueux douloureux, on en profite pour les enlever. Dans chaque incision la veine est réséquée sur une longueur de 4 à 5 centimètres ; on suture au crin de Florence et on applique un pansement compressif. Le canal veineux se trouve ainsi morcelé en une série de tronçons et sa reconstitution par les voies collatérales devient impossible. Cette méthode est nettement supérieure aux deux précédentes ; elle n'est pas beaucoup plus compliquée. D'après Viannay, le temps essentiel consiste dans la résection du segment veineux, immédiatement sous-jacent à la crosse de la saphène. C'est cette résection haute qui assure le bon résultat. Donc la résection au niveau du triangle de Scarpa serait déjà suffisante, les résections plus basses n'ayant pour but que de consolider l'interruption du cours du sang.

d) *Résection totale.* — Elle a été faite récemment par Ricard. Elle nécessita une incision s'étendant sur toute la hauteur du membre inférieur. On commence par lier et par sectionner la veine dans le triangle de Scarpa et on descend progressivement en sectionnant et liant toutes les collatérales qu'on rencontre. On fait ainsi une hémostase aussi parfaite que possible et on suture cette longue ligne d'incision. Pour ces longues sutures, Viannay conseille le surjet en catgut.

Cette opération apparaît tout d'abord comme devant être

radicale. «Au lieu d'établir des barrages sur le fleuve saphé-
» nien, dit Viannay, on supprime purement et simplement
» son lit ».

Dans la critique de cette opération, il faut mettre en balance deux arguments opposés : d'une part, l'opération donnerait une sûreté presque absolue dans la guérison, et d'autre part, elle nécessite une incision longue où les dangers d'infection peuvent apparaître malgré le couvert de l'asepsie.

En réalité, ces dangers peuvent être évités et si cette opération donnait le plus de chance de guérison, on devrait l'utiliser. Mais malheureusement cette certitude n'est pas établie dans le cas particulier. Aussi concluons-nous que, quoique la résection totale soit une bonne opération, elle ne donne pas sûrement des résultats supérieurs à ceux d'autres méthodes plus économiques et moins traumatisantes.

Avant d'abandonner ce paragraphe nous, dirons quelques mots de l'excision de longs lambeaux cutanés que Schwartz emploie en même temps que la résection veineuse. La peau de la cuisse, pense cet auteur, est dans les varices relachée et flasque, de même que celle du scrotum l'est dans le varicocèle. Partant de cette idée, il a poussé la similitude jusque dans la thérapeutique. Il conseille, après avoir réséqué des blocs variqueux, d'exciser un lambeau losangique à grand axe vertical. On suture ensuite les lèvres de la plaie, rapprochées préalablement ; on a ainsi un bas compressif naturel.

e) *Injections irritantes.* — On a pensé interrompre la continuité de l'arbre veineux ascendant du membre inférieur en provoquant en certains points des zones de phlébite adhésive qui joueraient le rôle des ligatures étagées. On a utilisé pour cela les différents caustiques et l'igni-puncture. Devant le peu de succès de ces méthodes, on s'est adressé aux injections irritantes et coagulantes, soit péri, soit intravasculaires. Pré-

conisées surtout par les chirurgiens de Lyon, Valette, Pétrequin, Desgranges, employées par Broca, Follin, Chassaignac, ces injections sont presque complètement abandonnées. Quénu les condamne comme étant aveugles et dangereuses, à cause de la possibilité d'embolies. Le liquide employé a été le plus souvent le perchlorure de fer à la dose de deux à trois gouttes, pendant qu'un aide isolait par compression le segment veineux injecté.

A cause de ces dangers, on a essayé de déterminer indirectement une réaction adhésive par des injections péri-vasculaires. English et Marc Sée se sont servis d'alcool dilué, enfin, Vidal, Ferrand et Guyon ont utilisé l'ergotine.

2° *Méthodes qui agissent sur les nerfs.* — L'ulcère étant considéré comme un trouble trophique dû à la névrite qui accompagne les varices, il était tout naturel de penser d'agir sur ces nerfs malades, causes de l'ulcération. De cette donnée pathogénique découlent plusieurs méthodes de traitement. Nous en retiendrons deux dans ce paragraphe, à savoir : l'élongation des nerfs et la dissociation du sciatique.

a) *Elongation des nerfs.* — Elle est désignée sous le nom de méthode de Chipault, parce que c'est cet auteur qui, le premier en France, la préconisa. En 1895, il fit paraître dans la *Presse Médicale* les résultats qu'il avait obtenus par l'application de cette méthode aux maux perforants plantaires ; deux ans plus tard, il fit connaître les résultats de sa méthode sur l'ulcère variqueux. Cette méthode, nous la trouvons très bien décrite dans la thèse de Fougères (Paris, 1899, n° 644). La technique à suivre est la suivante :

L'élongation doit porter sur un nerf sensitif, le nerf dont dépend l'ulcère à traiter. A la jambe, Fougères divise le territoire sensitif en quatre régions : 1° La région du saphène

interne, branche du crural pour la partie interne. Pour découvrir ce nerf, on prendra un point de repaire sur le bord externe du muscle couturier et un peu en dehors de ce muscle, au-dessous de lui, se trouve un sillon aponévrotique séparant le vaste interne du grand adducteur. Le nerf contourne le tendon de ce dernier ; 2° La région du cutané péronier, branche du sciatique poplité externe, pour toute la portion externe de la jambe ; 3° La région du petit sciatique, qui se trouve dans la portion supérieure et postérieure de la jambe, et enfin, 4° La région du musculo cutané qui s'avance à la partie antérieure et inférieure.

Une fois le nerf mis à découvert, on le saisit avec une pince à forci pressure et on fait des tractions saccadées. Il faut, autant que possible, ne pas casser le nerf. Ce temps de l'opération est le plus douloureux. Souvent, la découverte est délicate ; pour cette recherche, il est très utile de placer dès le début la bande d'Esmarch. En même temps que ce traitement, Chipault traite localement l'ulcère soit par l'excision, soit par des greffes.

b) *Dissociation du sciatique.* — De toutes les interventions, celle-ci est la dernière venue pour le traitement de l'ulcère variqueux. Delagenière appliquant, pour une névralgie sciatique rebelle la méthode de hersage préconisée par Quénu, se trouva en présence d'un nerf sciatique renfermant des veines variqueuses dans son intérieur. Il fit la dissociation fasciculaire du nerf et constata que le malade guérit de son ulcère. En 1896, Gérard Marchant eut un cas analogue, également suivi de succès.

La technique opératoire comprend deux temps principaux.

Le premier temps consiste dans la découverte du sciatique : le malade étant couché sur le ventre, on repère l'ischion et à

deux travers de doigt en dehors on fait une incision longitudinale de 5 à 6 centimètres ; on récline en haut le bord supérieur du grand fessier et on suit le bord interne du tendon du biceps ; immédiatement au-dessous de ce muscle se trouve le sciatique. On le charge et on l'attire au dehors.

Le deuxième temps comprend la dissociation. On peut la faire avec une sonde cannelée ou, lorsque la gaine est trop résistante, avec la pointe d'un bistouri. Gérard Marchant a fait construire un appareil particulier. On rompt ainsi les tractus fibreux sans interrompre en rien la continuité du nerf. La dissociation du sciatique est particulièrement indiquée lorsqu'il existe, avec l'ulcère, des troubles trophiques assez accentués et de la névralgie sciatique.

Ces deux dernières méthodes, relativement récentes, ont eu un point de départ pathogénique. Il faut faire remarquer que Chipault traite l'ulcère en même temps qu'il fait l'élongation : il y a là un facteur puissant qui assure la guérison.

A la suite de son intervention, on a signalé des douleurs, de l'œdème du pied et quelques troubles trophiques qui disparaissent au bout de quelques jours.

Quant à la dissociation fasciculaire du sciatique, il est une méthode nouvelle qui n'a pas fait ses preuves suffisamment pour qu'on puisse la juger. Elle rendrait des services dans les cas d'ulcères douloureux. Par contre, certains malades se sont plaints pendant un certain temps d'élancement le long de la jambe.

3° *Méthodes agissant sur les veines et les nerfs.* — Dans cet ordre d'idées, nous avons placé la méthode de Moreschi de l'incision circonférentielle visant surtout à « interrompre et à diviser la colonne sanguine qui, par son poids, distend les parois veineuses et les altère ». Son procédé a été modifié

par plusieurs auteurs, entre autres par Mariani, Reclus, Delbet et Brault.

La technique opératoire, telle que Moreschi l'applique, comprend trois temps :

1° On fait une incision circulaire de la jambe à quatre centimètres au-dessus de la limite supérieure de l'ulcère. On sectionne la peau, le tissu cellulaire sous-cutané et on pince les diverses veines qui se présentent. Arrivé sur l'aponévrose, on la dénude sur une longueur de deux à trois centimètres en raclant et détruisant toutes les anastomoses profondes et tous les filets nerveux ;

2° A un ou deux centimètres au-dessus des malléoles, on fait une incision circulaire identique à la précédente ;

3° Dans le troisième temps, on curette l'ulcère et on fait même des greffes dermo-épidermiques.

Quant aux deux incisions, on peut rapprocher les lèvres par quelques points de suture ; Moreschi, au contraire, les laisse cicatriser à plat.

Tel est le procédé indiqué par le chirurgien italien ; on a fait certaines modifications. L'incision inférieure était inutile : Moreschi la faisait par excès de prudence, pour être sûr de la thrombose du système veineux périphérique intermédiaire. Elle présente l'inconvénient d'être souvent le siège de douleurs ; d'ailleurs, elle devient impraticable si l'ulcère siège bas.

Mariani fut le premier à s'apercevoir des inconvénients de l'incision inférieure ; il se borna à faire une seule incision circulaire à la partie de la jambe où celle-ci a le diamètre maximum ; il réunit les lèvres par quelques points espacés.

Reclus, qui se borne aussi à l'incision supérieure, la fait un peu au-dessus ; c'est l'incision en jarretière (Thèse de Durand, Paris, 1902).

Pour éviter la formation d'un anneau fibreux et rétractile,

consécutif à l'incision, *P. Delbet* recommande de faire deux demi-circonférences incomplètes, une antérieure et une postérieure ; au niveau des deux bouts de peau réséquée, on ferait une incision en V, de façon à ce que l'écartement plus ou moins grand des branches rétablisse une certaine laxité.

Dans la même crainte, *Brault* a pensé à faire seulement un fer à cheval postérieur.

Wenzel, de Buenos-Ayres, a fait connaître dans la *Société Médicale Argentine* (1901), une modification du procédé de Moreschi consistant en ce qu'au lieu de faire l'incision à la jambe, il la fait à la cuisse. L'auteur remonte au niveau de la cuisse à cause du mauvais état où se trouve déjà le système veineux de la jambe ; il la fait au niveau du tiers inférieur de la cuisse.

Ledderhose, frappé de la fréquence de l'œdème du pied après l'opération de Moreschi, accuse ce procédé de sectionner les lymphatiques sous-cutanés. Pour les respecter, il propose de faire des incisions longitudinales que l'on réunit ensuite par des crins. On manque d'observations pour apprécier cette méthode qui est d'ailleurs fort peu employée.

Les différents auteurs qui ont critiqué cette méthode de Moreschi arrivent aux conclusions suivantes :

L'influence immédiate sur l'ulcère est manifeste ; la cicatrisation est rapide, le liseré épidermique s'avançant vers le centre. Le Pipe a vu d'anciens ulcères datant de plusieurs années se cicatriser au bout de 28 à 30 jours. De même, l'action sur les varices et sur les œdèmes est manifeste. Pour ce qui est des résultats éloignés, la question n'est pas résolue d'une façon si avantageuse : on voit souvent les varices se reproduire, mais, en général, elles restent assez petites et n'entraînent pas de trouble bien appréciable. En somme, c'est une bonne méthode qui est appelée à être utilisée couramment.

4° *Méthodes agissant sur l'ulcère.*

a) *Excision de l'ulcère.* — Cette opération qui paraît logiquement radicale pour la guérison de l'ulcère n'est malheureusement pas toujours possible, et cela pour deux raisons principales : 1° L'ulcère peut avoir acquis une surface telle que son excision laisse une brèche impossible à combler par rapprochement de la peau ; de plus, il peut s'être étendu en profondeur, ce qui augmente considérablement la difficulté de l'excision ; 2° les tissus qui entourent l'ulcère ne sont pas sains. Tous les plans successifs, depuis la peau jusqu'au squelette sont atteints et parfois adhèrent entre eux ; on comprend, dès lors, que le rapprochement nécessaire pour la suture est impossible. Toutefois, cette méthode a donné à Schwartz de bons résultats lorsque l'ulcère était petit et surtout lorsqu'on augmentait la vitalité des tissus par une autre intervention, soit ligatures multiples, soit élongation ou dissociation nerveuse, soit enfin incision circonférentielle de jambe.

C'est de cette méthode qu'on doit rapprocher celle qui détruit l'ulcère par la thermocautérisation.

b) *Incisions circonférentielles de l'ulcère.* — En 1853, Gay fit pour la première fois une incision en fer à cheval autour de l'ulcère. C'est Dolbeau qui a donné son nom à la méthode, car c'est lui qui étudia le mode d'action de cette incision, Nusbaum fut un des premiers à l'appliquer et il revendiqua même la découverte. Cette méthode qui a été employée quelques temps par Berger, Félizet et autres auteurs, est actuellement un peu plus délaissée. L'anesthésie générale n'est souvent pas nécessaire pour faire cette opération. A deux centimètres en dehors du bord de l'ulcère, en un point quelconque, on plonge la pointe du bistouri d'une profondeur d'un demi-centimètre sectionnant ainsi la peau et le tissu

cellulaire jusqu'au plan aponévrotlique on chemine alors toujours à la même profondeur et à la même distance de l'ulcère tout autour de celui-ci jusqu'à retourner au point de départ.

Le second temps comprend la libération des deux lèvres de l'incision.

Cela se fait avec un instrument mousse quelconque; on détache les deux lèvres jusqu'à les écarter de 1 à 2 cent. Lorsqu'on fait le pansement, il faut placer entre les deux lèvres de l'incision une mèche de gaze iodoformé pour empêcher leur rétraction. Au bout de huit jours, quand on défait le pansement, on est étonné de voir les progrès de la cicatrisation.

Faure a conseillé de remplacer l'incision circonférentielle par deux incisions faisant chacune un demi-tour de jambe.

Hogden au lieu de faire une incision unique, fit tout autour de l'ulcère une série d'incision formant par leur ensemble une figure rappelant le diagramme d'une fleur.

Il semble irrationnel de créer autour d'une plaie ancienne qui n'a pas de tendance à la cicatrisation, une autre plaie, plus grande. Pourtant un certain nombre de faits suffisants permettent de légitimer cette intervention.

On a fait à cette méthode des objections auxquelles Berger (*France Médicale*, 1875) a répondu ; on l'a accusé de provoquer des phlébites, d'entraîner des difficultés dans la guérison définitive, d'entraîner le sphacèle de l'ulcère, ce qui n'a pourtant jamais été signalé.

Une crainte un peu plus sérieuse est celle du danger d'hémorrragie dans ce tissu variqueux où la forcipressure n'a point de prise.

c) *Scarification.*— Cette opération n'est pas nouvelle ; déjà signalée par Galien, utilisée par A. Paré, elle a été employée par Beny-Bell, d'Edimbourg, Lallemand, etc. ; on l'appelle parfois le procédé de Vidal. On peut utiliser pour faire

les scarifications soit un bistouri ou un rasoir, soit un scarificateur à lames multiples. Après lavage et nettoyage préalable, on fait perpendiculairement à la peau une série d'incisions parallèles tout autour de l'ulcère, sur lequel elles empiètent un peu, tandis qu'elles s'étendent de deux ou trois centimètres sur les tissus périphériques. On fait alors une autre série d'incisions, faisant avec les précédentes un angle droit ou aigu. La petite hémorragie est arrêtée facilement par la compression du pansement.

La méthode des scarifications a l'avantage d'être bénigne, simple, facile, pouvant être pratiquée en toute sécurité. On a signalé une poussée de lymphangite postopératoire, qui a disparu peu de jours après. L'objection capitale qu'on peut lui faire c'est qu'elle ne diminue pas beacoup la durée de l'ulcère.

d) *Greffes et autoplasties.*— C'est une méthode relativement récente, qui compte déjà pas mal de partisans. Reverdin eut le premier l'idée de faire des greffes dans les brûlures ; Ollier, puis Poncet firent des greffes dermoépidermiques ; Tiersch a précisé la préparation à faire subir à l'ulcère avant les greffes.

Dans cette méthode on emploie :

La greffe épidermique (Reverdin).

La greffe dermo-épidermique (Ollier, Tiersch).

Et l'autoplastie que l'on doit placer un peu à part.

La *greffe épidermique* emprunte la couche cornée et la couche de Malpighi. La technique opératoire est assez simple. On prend à la face interne de la cuisse de minces lambeaux épidermiques au moyen d'un rasoir pendant qu'un aide tend la peau ; on l'applique sur l'ulcère et on l'y étale au moyen d'une aiguille. On fait un pansement à la vaseline, pour empêcher l'adhérence. Les greffes agissant principalement par

leur périphérie, il en résulte qu'il faut les faire petites et nombreuses.

Les greffes dermo-épidermiques, nécessitent deux temps dans leur emploi :

1° Préparation de l'ulcère : elle comprend une désinfection soignée au moyen de pansement, l'ablation au bistouri, ou à la curette, des bourgeons trop saillants, l'application des greffes que l'on prend de même que précédemment avec cette différence qu'ici le rasoir passe par le milieu du derme. Il faut bien spécifier que cette greffe de Tiersch comprend plus que l'épiderme et moins que la peau en totalité. Le rasoir ne doit jamais arriver au tissu cellulaire.

Le *procédé de l'autoplastie* consiste à étaler sur un ulcère et à l'y faire adhérer un lambeau de peau pris d'un point quelconque, mais laissé par son pédicule à son point d'attache. Ce procédé très employé pour combler d'autres pertes de substance est assez délaissé pour l'ulcère variqueux. Après avivement de l'ulcère, on décolle un lambeau cutané, dont le pédicule sera de préférence du côté central, on suture ses bords libres au pourtour de l'ulcère et on fait un pansement légèrement compressif. La section du pédicule doit se faire quinze jours après l'opération.

Les résultats donnés par ces greffes sont très variables, suivant les auteurs. Une première difficulté réside dans le peu de chance de prise sur la surface mal nourrie de l'ulcère. D'ailleurs, même en supposant le cas heureux où l'adhérence se fait, on reproche à cette méthode de ne pas donner des résultats très durables, car la surface de cicatrisation ainsi obtenue est même fragile et ne tarde pas à s'ulcérer à son tour.

Quant au procédé d'autoplastie avec conservation du pédicule, il ne fournit pas les mêmes succès pour les ulcères variqueux que pour les pertes de substances de la face.

OBSERVATIONS

Après avoir discuté les méthodes passées en revue au chapitre précédent, nous réunissons ici quelques observations.

Nous ne croyons pas utite de rapporter des observations se rattachant au traitement non sanglant, les méthodes et les observations qui s'y rapportent sont trop nombreuses et trop peu concluantes pour que nous puissions choisir parmi elles et baser sur ces observations une ligne de conduite thérapeutique.

Nous nous contenterons donc de présenter quelques faits choisis parmi ceux qui se rapportent aux procédés opératoires.

Observation I

Ulcère datant de 10 ans. Très étendu (14 cm. 1/2 sur 22) Surface atone, borés sclérosés. Guérison en 2 mois

S..., 60 ans, cocher de fiacre, entre à l'hôpital Tenon le 29 novembre 1900, pour un ulcère de la jambe gauche. Aucun antécédent personnel, pas de stigmates de syphilis. Par contre, alcoolisme manifeste : tremblement, état cérébral particulier ; variqueux depuis de longues années.

Le début de cet ulcère remonte à 10 ans. Vers cette époque, le malade avait souvent les jambes enflées, sans être incommodé et sans être obligé de prendre d'autres soins qu'un peu de repos, lorsqu'apparut à la jambe gauche une petite plaie qui s'aggrava rapidement et pour laquelle il entra à l'hôpital Saint-Louis. Il n'y resta du reste que 10 jours et sortit avant la cicatrisation complète de son ulcère.

Depuis cette époque, il eut des alternatives d'amélioration et d'aggravation, pour lesquelles il fit des stages plus ou moins longs dans divers hôpitaux. Mais, depuis 1890, il a toujours eu à la jambe une plaie; jamais l'ulcère, depuis dix ans, ne s'est complètement cicatrisé.

A son entrée à l'hôpital, les deux jambes sont le siège d'un œdème plus marqué à la jambe gauche. De ce côté se trouve l'ulcère.

Il siège aux deux tiers inférieurs de la jambe. Il entoure les faces antérieure, externe, postérieure, et une grande partie de la face interne, où il est interrompu seulement par une mince languette de peau violacée, qui n'a pas plus de un centimètre de largeur.

C'est la face externe de la jambe qui est la plus envahie. Là, l'ulcération mesure une hauteur de 14 centimètres et demi. Sur cette face siègent aussi deux petits îlots de tissu plus ou moins sain, dont le plus grand n'a pas plus de deux centimètres de superficie.

Les bords de l'ulcère sont très irréguliers, ce qui leur donne une forme assez difficile à décrire. Quoi qu'il en soit, ces bords sont constitués par un bourrelet bleuâtre, limité du côté de l'ulcère par un liseré blanc, et se confondant du côté des parties saines avec la teinte gris ardoisé que présente la peau à ce niveau-là.

Dans les parties supérieures, les bords de l'ulcération sont assez souples, mais il n'en est pas de même vers les

parties inférieures où ils sont plus saillants, durs et comme sclérosés. En aucun point du reste ils ne sont bourgeonnants.

Le fond de l'ulcération est rougeâtre, formé de bourgeons charnus peu vivants et qui semblent n'avoir aucune tendance à la réparation. A la partie inférieure, ces bourgeons n'existent que par endroits ; entre eux le fond de l'ulcère apparaît blanc.

Sur les deux membres inférieurs on aperçoit quelques veinosités se dessiner sous la peau, mais en de rares points seulement ; l'ectasie veineuse est assez prononcée pour donner aux vaisseaux des flexuosités appréciables au toucher.

Pendant 15 jours, du 29 novembre au 14 décembre, le malade est mis au repos et pansé. Sous l'influence du repos, l'œdème a disparu, mais les pansements n'ont eu absolument aucune action sur l'ulcère ; il est resté stationnaire.

L'incision circonférencielle est faite le 15 décembre par M. Félizet.

Les suites opératoires sont apyrétiques, le malade ne souffre pas.

Le 22 décembre on enlève le premier pansement. Voici ce que l'on constate. D'abord les lèvres de l'incision circonférentielle sont plus éloignées l'une de l'autre ; la distance qui les sépare atteint même dans certains points 1 centimètre 1/2, ce qui contribue à donner à la plaie un aspect qui, à première vue, pourrait faire douter de l'efficacité de l'opération. En y regardant de plus près, au contraire, on s'aperçoit vite des modifications heureuses qu'a subi l'ulcération. Le liseré épidermique a proliféré. Il atteint en moyenne un demi centimètre et est beaucoup plus considérable en certains points. Cette prolifération est rendue évidente par la mensuration. Dans son plus grand diamètre, l'ulcère n'a plus que 13 centimètres 1/2, soit un demi centimètre de diminution.

Mais où cette amélioration est indiscutable, c'est à la face

interne : celle-ci est, en effet, recouverte complètement d'épiderme de nouvelle formation ; là l'ulcère n'existe plus. Il s'est formé de plus, à l'union des faces externe et postérieure, un point épidermique, qui sépare maintenant l'ulcère en deux parties, l'une siégeant sur la face postérieure de la jambe et l'autre sur la face antéro-externe. Sur cette dernière, où existaient deux ilôts, ces derniers ont augmenté de moitié.

Pendant que nous faisons le pansement, le malade, alcoolique, avons-nous dit, et jouissant d'une mentalité tout à fait relative, s'est levé à un moment où il n'était pas surveillé : résultat, écoulement sanguin assez abondant, production de deux dilatations variqueuses à la surface de l'ulcère. Un pansement est fait après avoir évacué les dilatations.

Nouveau pansement le 31 décembre. La plaie a toujours bon aspect, et la cicatrisation continue.

Mensuration le 8 janvier, c'est-à-dire trois semaines après l'opération.

D'abord, l'ulcère est divisé maintenant en trois parties, l'une siège à la face postérieure, les deux autres sur la face antéro-externe ; nous remarquons par conséquent que la face interne est toujours cicatrisée.

L'ulcération la plus étendue n'a que 9 centimètres de hauteur, sur une largeur moyenne de 3 centimètres.

Pendant ce temps, l'incision circonférentielle a commencé sa réparation. Celle-ci est complète à la partie inférieure.

Le 26 janvier. — Il n'y a plus qu'une ulcération sur la face antéro-externe de la jambe, mesurant une hauteur de 4 centimètres sur 2 centimètres environ.

Le 5 février. — Elle est encore rétrécie, et la cicatrisation marche rapidement. Enfin, le malade quitte l'hôpital le 15 février, l'ulcère complètement cicatrisé.

Si nous avons rapporté ce cas tout au long, c'est d'abord que nous en avons été témoin, et qu'ensuite on a obtenu en

deux mois une cicatrisation rapide dans un cas d'ulcère rebelle, ancien et très étendu.

Observation II

(Th. Chaussat)

Ulcère étendu de la jambe droite. A mis 4 mois pour guérir par les scarifications.

Ch. Augustine, 52 ans, blanchisseuse, entre le 12 octobre, salle Saint-Jean, service de M. Vidal.

Pas d'antécédents héréditaires. Variole à 10 ans. Pas d'alcoolisme.

Il y a huit ans, a reçu un coup à la région tibiale de la jambe droite.

Six mois après, hémorrhagie à ce niveau, à laquelle succéda une plaie petite, mais sans tendance à la cicatrisation. Quelques mois après, nouvelle rupture, nouvelle hémorrhagie. Depuis ce moment, l'ulcère a augmenté, jusqu'au moment où la malade entre dans le service.

Actuellement : Ulcère de la partie moyenne et interne de la jambe droite, mesurant 16 centimètres et demi sur 7 centimètres et demi, bords durs, sinueux, formant un gros bourrelet saillant tout autour de la plaie. Fond déprimé couvert de bourgeons charnus, de couleur gris sale. OEdème dur ne dépassant pas les malléoles.

On remarque sur la jambe ulcérée quelques varices superficielles, mais les varices profondes sont en plus grand nombre.

Application de cataplasmes d'amidon pendant huit jours.

19 octobre. — Scarification des bords de l'ulcère. Applications de cataplasmes.

20 octobre. — Les bords sont déjà affaissés.

25 octobre. — La cicatrisation commence à la partie inférieure.

La quantité de pus est encore abondante et fétide. On remplace les cataplasmes par la poudre de sous-carbonate de fer.

3 novembre. — La plaie est en pleine voie de cicatrisation. Les bourgeons charnus commencent à se développer sur le fond de l'ulcère, la quantité de pus est notablement diminuée et beaucoup moins fétide.

3 février. — L'ulcère est presque complètement cicatrisé, il ne reste plus qu'une plaie large comme une pièce de deux francs.

10 février. — Guérison complète.

Observation III

(Thèse de Cailleton, Paris 1901)

Ulcère datant de deux ans. — Greffes dermo-épidermiques après excision et curettage. — Guérison en deux mois.

P. Joseph, briquetier, âgé de 30 ans, entre à l'hôpital Tenon le 18 décembre 1900, pour un ulcère de jambe.

Aucun antécédent. Pas de syphilis, pas de sucre dans les urines.

Il y a deux ans, le malade fut blessé par une pierre à la partie externe de la jambe droite, au tiers inférieur. Le malade garda le lit quelques jours, puis reprit son travail avec une plaie qui, à force de pansements, finit par se cicatriser en partie, car il subsista toujours une plaie de la dimension d'une pièce de cinq francs environ.

Depuis dix-huit mois cette plaie, sans cause apparente, s'est mise à s'agrandir malgré les pansements humides, le vigo et le diachylon.

Au moment où le malade entre à l'hôpital, on constate à la partie antéro externe de la jambe droite, un ulcère de forme ovoïde, long de seize centimètres et large de six. Il est recouvert de bourgeons charnus exubérants. La jambe est entourée, en arrière, par une bride cicatricielle qui enserre les muscles au niveau du tiers inférieur et a causé leur atrophie. Varices légères.

Les pansements restent sans effet, on décide l'intervention. La bride cicatricielle est d'abord excisée pour éviter les phénomènes de compression du tiers inférieur de la jambe qui menace de se gangrener par défaut de vascularisation. Les muscles péroniers n'existent plus.

Au niveau de l'ulcère, les bourgeons charnus sont grattés pour les aviver, et sous eux, on constate la présence d'une couenne fibreuse occupant toute la superficie de l'ulcère. Le tissu fibreux est incisé, en certains endroits il a une épaisseur d'environ un centimètre et demi. L'opération fait découvrir la présence, à ce niveau, d'une fracture du péroné, ancienne, ignorée, et vicieusement consolidée.

Cette intervention est faite le 10 janvier, après anesthésie à la cocaïne lombaire.

Premier pansement quatre jours après. Légère suppuration, léger bourgeonnement.

Le 6e jour. — Suppuration abondante, mais toute la surface de l'ulcère est bourgeonnante.

Le 26 janvier. — On intervient de nouveau pour faire des greffes dermo-épidermiques. Anesthésie à la cocaïne lombaire.

Les greffes sont prises sur la face antéro-externe de la cuisse gauche, et sont ensuite posées sur toute l'étendue de

l'ulcération. Pansement vaseliné. Le premier pansement n'est fait que dix jours après.

On constate que toutes les greffes moins une sont prises ; il y a de la suppuration. Aux pansements suivants, le bourgeonnement n'est pas très rapide.

L'état de l'ulcère reste stationnaire, et le malade quitte l'hôpital incomplètement guéri le 20 mars.

Il reste une perte de substance large d'environ une pièce de un franc.

Observation IV

(M. Giovanone. *In* thèse de Tripier, 1890)

Autoplastie faite avec un scrotum. Guérison en 1 mois

Le nommé L..., âgé de 70 ans, entre à l'hôpital Tenon, dans le service de M. Reynier, le 16 avril 1890.

Pas d'antécédents héréditaires, pas de diabète, pas de syphilis, pas d'alcoolisme.

Constitution assez robuste malgré l'âge du malade.

Il est porteur d'un ulcère variqueux à la jambe droite. Sa surface, à contours irréguliers, empiète sur les 2/3 de la circonférence de la jambe. Son fond est recouvert de bourgeons de mauvaise nature ; ses bords sont épais, infiltrés, dépassant d'un centimètre la surface ulcérée.

Une toilette bien antiseptique de l'ulcère est faite et on commence des pansements à l'iodoforme.

Jusqu'au 6 mai les limites de l'ulcération restent les mêmes.

Ce jour-là M. Reynier opérait un varicocèle par la méthode de M. le professeur Le Fort. Le lambeau scrotal, abandonné

sur la table d'opération, fut pris au bout d'une demi-heure et appliqué sur l'ulcère, après lui avoir enlevé grossièrement une partie de son tissu cellulaire et après avoir, par quelques coups de bistouri, avivé la surface de l'ulcère qui fut recouvert d'une façon presque complète. Des bandelettes de diachylon le tinrent en place.

Quatre jours après, le pansement fut enlevé. Le lambeau boursouflé, rougeâtre, adhérait à la solution de continuité par sa face profonde.

L'adhérence du lambeau devint de plus en plus intime, le gonflement disparut et les couches superficielles de l'épiderme se détachèrent par petits îlots noirâtres.

Au bout de 20 jours, la cicatrisation de l'ulcère était à peu près complète, et le 10 juin le malade quittait l'hôpital sur sa demande, n'ayant plus qu'une petite ulcération de la largeur d'une pièce de 50 centimes.

Le malade fut revu 5 mois après complètement guéri.

Observation V

(M. Schwartz)

Ulcère variqueux, récent, peu étendu
Guérison en 12 jours, s'étant maintenue après 7 mois.

Ce cas est le premier où l'on trouve notée la cicatrisation d'un ulcère de jambe, à la suite de résection de la saphène interne.

La nommée Th. G., domestique, 38 ans, entre à l'hôpital Beaujon, salle Sainte-Clotilde, lit n° 31, le 29 septembre 1885.

Pas d'antécédents héréditaires à signaler. Elle-même a toujours joui d'une bonne santé ; ses varices ont débuté à

l'âge de 19 ans, et elle s'empresse de les attribuer aux fatigues de sa profession. Il y a 4 ans, ces varices l'amenèrent une ulcération, dont la cicatrisation n'eut lieu qu'au bout de huit mois. Le seul traitement a été un bas élastique, porté assez irrégulièrement.

Il y a six mois enfin, apparut une nouvelle ulcération que nous retrouvons aujourd'hui. A notre examen, nous relevons la présence de varices nombreuses et volumineuses, surtout à la jambe gauche. Elles portent principalement sur le tronc de la saphène interne, qui décrit à la face interne de la jambe de nombreuses flexuosités.

Au tiers inférieur de la jambe et à sa face interne, on voit un ulcère de 5 à 6 centimètres environ, peu profond, à bords épaissis et irréguliers. Le membre est œdématié.

L'état général est bon. Rien aux poumons ni au cœur, pas d'athérome.

On commence à traiter l'ulcère par le pansement phéniqué humide. La plaie se déterge bien, mais ne tend nullement à la cicatrisation.

Le 15 octobre.— Ligature de la saphène interne en deux points.

Le 20. — On enlève les fils à suture : réunion complète.

Le 22. — Ulcère complètement fermé.

Le 26. — La malade quitte l'hôpital, guérie.

Revue 7 mois après, la guérison s'est maintenue.

Nous devons faire remarquer que dans ce cas, la ligature de la saphène paraît avoir surtout été dirigée contre les varices, et ce n'est qu'incidemment que la guérison de l'ulcère fut observée.

Voici maintenant le premier cas, où M. Ricard fit la résection de la saphène dans le but d'obtenir la guérison d'un ulcère variqueux.

Observation VI

Ulcère variqueux rebelle. Guérison en 11 jours. Douleurs en éclairs pendant quelques jours après l'intervention. Pas de récidive après 20 mois. Diminution des varices.

M. de C..., rhumatisant et variqueux, porte depuis de longues années à la partie antéro-interne de la jambe et au tiers inférieur, une ulcération dont les dimensions sont de 8 centimètres de long sur 3 centimètres de large. Cette ulcération est entourée d'un épiderme sans vitalité. Elle est de temps en temps le siège de petites hémorrhagies. Le malade a essayé de tout pour venir à bout de cette affection qui le gène surtout par les pansements répétés qu'elle nécessite. La compression caoutchoutée, le diachylon, les pulvérisations phéniquées, le grattage simple ont été essayés sans résultat. Seul le repos prolongé produit une diminution de l'ulcère qui s'agrandit dès que le malade marche à nouveau. Pendant l'hiver 1896-1897, sous l'influence d'une attaque subaiguë de rhumatisme, l'ulcère prend une marche envahissante et atteint en 15 jours 4 centimètre 1/2 de largeur. Pendant tout ce temps, j'avais fait en vain des pansements au salicylate de soude. Le 17 septembre 1897, je me décide à tenter l'élongation du musculo-cutané qui est pratiquée sans difficulté, ainsi que la réunion par première intention de l'ulcère, pour laquelle une plaie cutanée de 14 centimètres de hauteur sur 6 de largeur suffit. L'ulcère ne dépassait pas l'aponévrose. Huit ligatures veineuses, vingt-deux sutures cutanées. Dix minutes d'attente avant que la peau ait acquis une souplesse nécessaire pour que les lèvres de la plaie soient mises en contact.

Pansement ouaté compressif, pansement indépendant pour la plaie d'élongation. Ce dernier est enlevé le quatrième jour, le premier seulement le onzième. Des deux côtés, réunion par première intention.

Pendant ce temps, le malade avait gardé le repos au lit. J'exigeai encore le repos presque absolu pendant une huitaine. A ce moment, le malade s'est plaint à plusieurs reprises d'une vive douleur en éclair au niveau du gros orteil. Elle n'a pas reparu depuis.

D'autre part, depuis 20 mois, l'ulcère ne s'est pas reproduit. La cicatrice d'incision est légèrement exhubérante ; tous les troubles trophiques cutanés dont le membre était le siège ont disparu. Enfin les varices sont certainement beaucoup moins considérables qu'autrefois. J'attribue le fait au rôle de bas élastique naturel, joué par la peau jambière dont un segment a été enlevé.

Observation VII

(Résumée. *In* thèse de Silvy, 1900)
(M. Gérard-Marchant)

Ulcère datant de 6 semaines, douloureux. Hersage du sciatique. Quelques fourmillements après l'intervention

P. Th..., charretier, âgé de 57 ans, entre à l'hôpital Boucicaut, salle Saint-Jacques, le 6 novembre 1900, pour un ulcère variqueux siégeant à la partie interne de la jambe droite au tiers inférieur.

Malade variqueux depuis l'adolescence. Enorme dilatation de la saphène interne au niveau de son embouchure. Ulcère survenu il y a six semaines sans traumatisme. Mais en même temps sont apparues des douleurs qui sont devenues

très intenses. Exploration douloureuse au niveau de l'ulcère qui a les dimensions d'une pièce de 5 francs.

Le malade jouit d'une excellente constitution, n'a pas d'antécédents héréditaires ou personnels ; nie tout excès alcoolique.

Ni sucre ni albumine dans les urines.

Pendant huit jours, pansements humides renouvelés tous les deux jours.

Le 13. — L'ulcère a conservé ses dimensions.

Le 14. — Après anesthésie à l'éther dans le décubitus latéral du côté sain, hersage du sciatique avec une petite herse *ad hoc*.

Dans la soirée, le malade a quelques fourmillements dans la jambe. La température est de 38°.

Le 20 novembre. — L'ulcère n'a plus qu'une largeur de 38 centimètres.

Le 1er décembre. — L'ulcère est presque complètement cicatrisé.

Observation VIII

(Inédite)

Due à l'obligeance de M. le Professeur agrégé Soubeyran

Ulcère variqueux de la jambe droite, avec troubles trophiques, varices. Résection de la saphène interne. Guérison de l'ulcère. Persistance des troubles trophiques.

M. A., 45 ans, horloger à Montpellier, atteint depuis longtemps de troubles trophiques caractérisés par des œdèmes de la jambe et du pied droit, de varices et de troubles cutanés. Ses antécédents indiquent de la sclérose et de l'alcoolisme.

Examen local. — La jambe et le pied droit sont violacés, les ongles atrophiés, la peau desquamée, la saphène interne et ses ramifications de la jambe, volumineuses. La partie inférieure à la jambe à trois travers de doigts au-dessus de la malléole existe une vaste ulcération à grand axe transversal, ayant les dimensions de la peaume de la main.

Etant donné qu'il existe des troubles trophiques dus à une névrite concommitante, de la sclérose; qu'il existe, en outre, une dilatation des veines avec énorme épaississement de la paroi, nous conseillons au malade de rentrer à l'hôpital pour y subir la résection de la veine.

Le malade entre à l'hôpital en août 1906. Opération le 13 août 1906, dans le service de M. le professeur Tédenat, par M. le professeur Soubeyran, son suppléant. Anesthésie générale au chloroforme, résection de la saphène interne sur une très grande longueur, en-dessus et en-dessous des condyles.

Pansements consécutifs tous les trois jours au sulfate de cuivre à 1 p. 100, combinés avec la compression et le repos.

Ulcère disparu en un mois et demi, persistance des troubles trophiques.

INDICATIONS DES DIFFÉRENTES MÉTHODES

Nous avons essayé dans le précédent chapitre, d'indiquer, d'une façon générale, les avantages et les inconvénients des différentes méthodes de traitement de l'ulcère de jambe; nous avons montré, dans un résumé rapide, le choix que l'on pouvait faire parmi ces méthodes.

Il nous reste maintenant à rechercher si à un cas donné ne convient pas plus particulièrement tel traitement; si telle méthode ne modifiera pas heureusement un ulcère resté insensible à d'autres moyens d'action. En un mot, nous allons essayer d'en établir les indications.

Et tout d'abord, il nous paraît logique de diviser les ulcères de jambe, en ulcères récents et ulcères anciens ; une telle division est d'ailleurs clinique.

Pour les premiers, le traitement médical peut être suffisant. Quant aux seconds, ils relèvent surtout du traitement chirurgical. Et c'est surtout ce traitement opératoire dont il importe de poser les indications.

Les ulcères récents, nous entendrons par là ceux dont l'origine ne remonte pas à plus de deux ou trois mois, sont moins rebelles à la cicatrisation, ils présentent une surface bourgeonnante, non déprimée, et leurs bords presque réguliers et souples, non encore sclérosés, sont entourés de tissus normaux. De tels ulcères, pour peu qu'un agent chimique, même légèrement, influence leur bourgeonnement, ou qu'un agent physique vienne modifier leur allure, guérissent très

bien. Ce sont de tels cas qui ont pu être cités à l'appui de tant de méthodes dont nous avons signalé quelques-unes.

Et il faut bien le reconnaître, l'occlusion de ces ulcères est moins le fait du traitement : héliothérapie, chaleur artificielle électricité, sulfate de cuivre, sous-nitrate de bismuth, iodoforme, beaumes divers, que la tendance naturelle des téguments à la cicatrisation.

Ce sont des ulcères pour lesquels un pansement propre et le repos pourraient constituer tout le traitement. En effet, dans l'ulcère récent qui, ainsi que l'a montré M. Rémy, succède à l'adhérence d'une veine variqueuse à la peau, la lésion est relativement peu avancée, il n'y a pas eu encore le temps nécessaire pour que vienne s'y ajouter la névrite interstitielle due au « voisinage dangereux d'une veine malade », comme le dit Quénu. Et par conséquent, imposer un repos absolu à la jambe siège de l'ulcère, soustraire la plaie aux irritations extérieures, sera, sinon tout le traitement, du moins le début de tout traitement.

Mais il serait téméraire de considérer tous les ulcères récents comme aussi facilement curables ; il en est qui présentent des retards de cicatrisation et, dès lors, quelles sont les indications que nous devons poser ?

Faut-il se contenter du traitement non sanglant ? Sans doute, les agents physiques pourront nous donner ici de brillants résultats. Plus encore, peut-être, les agents chimiques et des attouchements de la plaie, au sulfate de cuivre particulièrement, pourront favoriser la cicatrisation.

Mais, parce que les moyens dits « médicaux » peuvent suffire, est-ce à dire que nous devions nous en tenir à eux seuls et, de parti pris, proscrire les moyens « chirurgicaux ? »

Nous ne le croyons pas. Nous p nsons qu'un ulcère de jambe n'est jamais assez vite cicatrisé : or, il nous est possi-

ble de hâter cette cicatrisation et d'améliorer la qualité du tissu de cicatrice.

Quelle méthode nous donnera ce résultat ; il ne sera pas question d'incision circonférentielle, qui pourrait nous amener à ce résultat décevant d'observer une plus lente cicatrisation de l'incision que de l'ulcère.

Les bords de la plaie ni saillants, ni sclérosés, ne se prêtent pas à des scarifications. C'est dans ce cas, et dans ce cas surtout, que sont indiquées les greffes, et nous croyons que c'est ici qu'elles nous donneront le plus de succès.

L'ulcère, en effet, offre un fond bourgeonnant, il ne lui faut que des conditions favorables pour que la réparation se fasse. Les greffes abrègeront la durée de cette réparation et elles donneront une guérison durable, car, à un tissu mauvais, elles substitueront un tissu nouveau, souple. C'est dire que nous préfèrerons la greffe cutanée de Thiersch, délaissant la greffe de Reverdin, qui nous donnerait un moins bon tissu de cicatrice.

L'autoplastie, elle, trouverait son indication dans une perte de substance minime, les tissus du voisinage se trouvant dans un état de nutrition parfait.

La ligature ou la résection de la saphène peut être indiquée aussi bien dans les cas récents que dans les cas anciens. La date d'apparition de l'ulcère est de peu d'importance dans cette méthode, car on se propose d'agir sur la circulation veineuse de la jambe. C'est donc l'état de cette circulation qui doit nous guider, et c'est alors bien plus les varices que l'ulcère que l'on vise par ce procédé, c'est sur les varices du membre ulcéré que se basera l'indication de cette intervention. De fines varicosités superficielles au voisinage d'une saphène peu dilatée, à peine dessinée sous les téguments, feront rejeter cette opération, qui paraîtra au contraire toute indiquée quand de grosses varices ampullaires, formant des

nodosités énormes, en paquet, sillonneront la face interne du membre inférieur. Ces varices seront douloureuses quand enfin l'ulcère sera le siège de fréquentes et abondantes hémorrhagies.

Nous devons faire remarquer que les indications de cette opération sont restreintes dans le sujet qui nous occupe, puisqu'on sait que l'ulcère ne vient compliquer que rarement ces gros troncs variqueux.

En résumé, la résection de la saphène est utile dans le cas d'ulcère récent ou ancien accompagné de dilatations variqueuses.

Quant aux procédés qui agissent sur les éléments nerveux, leur indication dépend surtout de la pathogénie de l'ulcère ; et si leur origine nerveuse était certaine, il semblerait tout naturel d'avoir recours à ces procédés. Mais l'élongation et la dissociation des nerfs sont des moyens relativement violents, incertains, qui ne peuvent donc pas trouver leur indication dans les ulcères récents, plus facilement curables et qui n'ont pas encore provoqué chez le patient la longue souffrance et le découragement des affections chroniques.

Cette intervention sur les éléments nerveux trouvera assez tôt son moment, deviendra assez vite le seul espoir, souvent déçu, de guérison des névrites accompagnant si fréquemment les ulcères chroniques , quelle que soit d'ailleurs leur origine.

Ces ulcères chroniques sont en effet les plus rebelles, c'est à eux que doit s'adresser un traitement énergique, et c'est pour eux que le traitement non opératoire devient insuffisant, le repos, les pansements et même les greffes n'ayant plus ici que la valeur d'un traitement palliatif.

Ces ulcérations chroniques qui remontent à de longs mois d'existence, avec des alternatives d'aggravation et d'amélioration, peuvent ne pas être très étendues ou au contraire

atteindre des dimensions qui contribuent à donner à la jambe malade un aspect repoussant.

Le fond de ces ulcères déprimés, à peine bourgeonnant, se couvre de sécrétions sanieuses et grisâtres, les bords surplombant la perte de substance sont durs, scléreux, d'une couleur lie de vin, les tissus environnants sont frappés dans leur vitalité par suite de l'altération profonde de leur nutrition. Quel traitement opposer à ces lésions ?

Dans les ulcères dont les dimensions seront relativement réduites, les scarifications pourront donner quelques résultats. Il ne faut pas trop y compter, pas plus que sur les greffes dont l'échec sera imputable aux troubles trophiques de la région ulcérée. Quant à l'autoplastie, elle donne pour les mêmes raisons des résultats rarement satisfaisants.

L'incision circonférencielle pourra donner, elle, de bons résultats — mais rappelons tout de suite que cette méthode se trouve surtout indiquée dans les ulcères très étendus et que, trop souvent employée en dehors de ces cas absolus, elle doit sa défaveur à l'usage abusif qu'on en a fait.

L'élongation avec curettage et suture de l'ulcère, selon le procédé de Chipault, donnera ici de meilleurs résultats. L'élongation détermine, comme l'ont montré Latteux et de Quinquand, la dégénérescence walérienne des tubes nerveux bientôt suivie d'un travail de régénération. La guérison peut résulter de cette régénération. La dissociation fasciculaire du nerf sciatique, par des modifications nerveuses semblables, donnerait de bons résultats.

Enfin, aux ulcères très étendus doit être réservée l'incision circonférentielle. Qu'elle agisse sur la circulation veineuse, selon l'hypothèse de Dolbeau, sur l'innervation, ou simplement sur les parties saines et en circonscrivant la lésion. Nous ne saurions adopter plutôt l'une ou l'autre de ces hypothèses. Ce sur quoi nous insistons, c'est que dans les cas

rebelles où toute intervention échoue, l'incision circonférentielle guérit. A cela elle joint l'avantage d'être simple, sans dangers et d'un effet plus durable. Enfin, la dissociation fasciculaire du sciatique convient aux ulcères ni trop étendus ni trop profonds.

CONCLUSIONS

I. Le traitement de l ulcère de jambe n'est pas toujours le même. Il dépend, non pas seulement des lésions locales, mais aussi des conditions générales de l'organisme sur lequel elles évoluent.

II. Par suite, le nombre des méthodes thérapeutiques est très grand. Toutes comptent des succès à leur actif. Aucune n'est infaillible.

III. Ces méthodes peuvent être groupées en non opératoires et opératoires.

IV. Loin de s'exclure, ces méthodes peuvent et doivent même le plus souvent être employées simultanément.

V. Le repos et la compression sont à la base de toute thérapeutique rationnelle et utile.

VI. Le choix de la méthode dépend des indications tirées de l état local et de l'état général.

BIBLIOGRAPHIE

Ascornet. — Thèse de Bordeaux, 1894-1895, n° 55.

André. — Thèse de Paris, 1874.

Ambroise Paré. — Œuvres de Paré, livre II (Edit. Malgaigne).

Archambault. — Thèse de Paris, 1901.

Arnold. — Traitement de l'ulcère variqueux par l'électricité. Thèse de Paris, 1877.

Auzilhon. — Introduction à l'étude de l'ulcère simple (Montpellier, 1868).

Aubouin. — Thèse de Paris, 1897, n° 140.

Berger. — France Médicale, 1875.

Bouglé. — Chirurgie des artères, veines, lymphatiques et nerfs, 1901.

Brault. — Gazette des Hôpitaux, 4 août 1903.

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales, tome II.

Bournier. — Les varices. Bibl. Charcot, Debove, 1894.

Broca. — Thèse de Paris, 1886.

— Revue de Chirurgie, 1889.

Baynton. — Descript. account of new methode, etc. London, 1797.

Blanc. — Traitement de l'ulcère variqueux par le sulfate de cuivre. Thèse de Paris, 1887-1888.

Bonnecker. — Berliner klinischer wochenschrift, 1889.

Bonnet. — Mémoire sur le traitement des varices des membres inférieurs. Archives de Médecine, 1839.

Bardesco. — Travaux de neurologie chirurgicale, 1899.

Cailleton. — Thèse de Paris, 1901. Traitement chirurgical des ulcères variqueux, n° 335.

Crede. — Deutsch zeitung für chirurgie, tome LXXIII, page 546, 1905.

Chipault. — Société de Chirurgie, mai 1899.

— L'Œuvre médico-chirurgicale, n° 33, mars 1903.

— Travaux de neurologie chirurgicale, 4e année.

Cordebart. — Thèse de Paris, 1893.

Cerné. — Société de Chirurgie, octobre 1890.
Cailloué. — Thèse de Paris, 1899.
Charrade. — Thèse de Paris, 1885.
Colleville. — Traitement de l'ulcère de jambe par la chaleur lumineuse. Semaine Médicale, avril 1897.
Chassat. — Thèse de Paris, 1887.
Coudert. — Thèse de Paris, 1898.
Courty. — Journal de Thérapeutique.
Calais. — Thèse de Lyon, 1897, n° 71.
Chabert. — Thèse de Paris, 1879.
Delbet (Paul). — Société de Biologie, avril 1899.
— Société de l'Internat de Paris, juin 1904.
— Presse Médicale, octobre 1900.
— Travaux de neurologie, 4e année.
— Semaine Médicale, 1897.
Delbet (Pierre). — Leçons de clinique chirurgicale. Hôtel-Dieu, août-septembre, 1897.
Dolbeau. — *in* Thèse de Lafaye, 1875.
Davat. — De l'oblitération des veines comme moyen curatif des varices.
— Archives de Médecine, 1878.
Durand. — Thèse de Paris, 1901-1902, n° 140.
Delore. — Congrès français de Chirurgie, 1894.
Duplay. — Archives générales de Médecine, tome I.
Delmont. — Thèse de Paris, 1869.
Durante de Rome. — Semaine Médicale, 4 octobre 1899.
Dionés. — Cours d'opérations de chirurgie, 1714.
Estienny. — Thèse de Toulouse, 1892-1893.
Erdinge. — Thèse de Bordeaux, 1890.
Everard Home. — Pratical observations on treatment of ulcer of the leg, 1797.
Forgue. — Montpellier Médical, 1888.
Faisst. — Beitrage zür chirurgie, 1895.
Fougères. — Thèse de Paris, 1898-1899.
Follin et Duplay. — Pathologie externe.
Faure. — Thèse de Paris, 1868.
Felice Mari. — Revista clinica di Bologna, février 1881.
Gay. — The Lancet, 1853, page 450.
Georgeswicht. — Thèse de Paris, 1895.
Guéribeau. — Thèse de Paris, 1898.
Gaujot. — Arsenal de Chirurgie contemporaine, I.
Gaudart. — Thèse de Paris, 1872.

Hardouin et Le Pipe. — Presse Médicale, janvier 1906.
Hofmockel. — Journal de Médecine et de Chir. pratique, t. VIII.
Hallopeau. — Annales de Dermatologie, 1892.
Hogden. — Cité par Gilson *in* Dict. de médecine et de chirurgie pratique.
Jaccoud. — Dictionnaire de Médecine et de Chirurgie, art. varices.
Jousseaume. — Thèse de Paris, 1852.
Jasseron. — Thèse de Toulouse, 1905, n° 591.
Lisfrane. — Académie de Médecine, section chirurgie, 1897.
Lucas Championnière. — Chirurgie antiseptique, 1876.
Le Pipe. — Thèse de Paris, 1906, n° 429.
Ledderhose. — *in* Thèse Holtzmann, Strasbourg, 1898.
Laurens. — Thèse de Paris, 1900.
Le Dentu. — Circulation veineuse du pied et de la jambe. Thèse de Paris, 1867.
Lyot. — *in* Traité Le Dentu et Delbet, tome I.
Laugier. — Des varices et de leur traitement. Thèse d'agrég., 1842.
Lombard. — Clinique des plaies récentes, Paris 1848.
Lafaye. — Thèse de Paris, 1875.
Legendre. — Thèse de Paris, 1881.
Marty. — Thèse de Paris, 1898.
Magin. — Thèse de Paris, 1904.
Marion. — Archives générales de Médecine, juillet 1904.
Monfalcon. — *in* Dictionnaire des Sciences médicales, 1822.
Moreschi. — Clinica Chirurgica, février 1899.
Madelung. — XIIIe Congrès Societ. all. de Chirur., avril 1884.
Maucklaire. — Journal de l'Association Médicale mutuelle, décembre, 1901.
Martinot. — Thèse de Paris, 1899-1900.
Monod et Vauverts. — Traité de technique opératoire, tome I.
Montaz. — Dauphiné Médical, 1890.
Martin. — Transaction of américan médical association, 1877.
Mandeblaum (Odessa). — Berliner Klinic. wocheusch, 1878.
Musser. — Philadelphie Médical times, 1885.
Marshall. — The Lancet, 1875.
Maremot. — Thèse de Paris, 1899, n° 2.
Nélaton. — Société de Chirurgie, 1852.
Nussbaum. — *in* Thèse de Lafaye.
Ollier. — Bulletin de l'Académie de Médecine, 1872.
Olivier. — Thèse de Montpellier, 1902-1903.
Poncet. — Lyon Médical, 1871.
— Bulletin de la Société Médicale de l'Elysée, 1890.

PLUTARQUE. — La vie de Marius (trad. Amyot).
PEARN GOULD. — The Lancet, avril 1899.
PHOCAS. — Thérapeutique chirurgicale.
POULET et BOUSQUET. — Pathologie externe, tome I.
PERTHES. — Deutscht médic. wochenschrifft, 1895, n° 16.
PICARD. — Thèse de Paris, 1873
QUÉNU. — Etude sur la pathogénie des ulcères variqueux.
— Revue de Chirurgie, 1882, tome II.
— Société de Chirurgie, 1888.
— *in* Traité Duplay et Reclus, art. varice, tome II.
QUINQUAND. — Cité par Silvy. Thèse de Paris, 1900.
REMY. — Traité des varices des membres inférieurs, 1900.
— Bulletin général de Thérapeutique.
— Congrès français de Chirurgie, 1898.
RICARD. — Gazette des Hôpitaux, 1890.
— Bulletin de la Société de Chirurgie, 1903.
— Thèse de Paris, 1896.
ROBIN. — Thèse de Paris, 1895.
RECLUS. — *in* Traité Duplay et Reclus, art. ulcères, tome I.
ROUQUETTE. — Thèse de Montpellier, 1907.
RIGAUD. — Thèse d'agrégation, 1839.
REVERDIN. — Archives de Médecine, 1872.
— Bulletin de la Société de Chirurgie, 1869.
RIOLACCI. — Loire Médicale, 1849.
RIGUER. — Thèse de Paris, 1900.
ROBINEAU. — Thèse de Paris, 1898.
ROCHARD. — *in* Dictionnaire de Dechambre, art. ulcère.
SCHEDE. — Berliner Klini. wochenschr, 1877.
SOULIÉ. — Société de Chirurgie, 1905.
SÉJOURNET. — Thèse de Paris, 1877.
SAPPEY. — Thèse d'agrégation, 1837.
SCHWARTZ. — Bulletin de la Société de Chirurgie, 1887.
— *in* Nouveau dictionnaire de Chirurgie et de Médecine pratique, 1885.
— *in* Le Dentu et Delbet, art. varice, tome IV.
— Revue générale de Clinique et de Thérapeutique, 1883-1893.
— Revue de Chirurgie, 1898.
— Presse Médicale, 1898, page 197.
TESSÈNE. — Thèse de Paris, 1905, n° 412.
TRENDELENBOURG. — Beitrage zür klin. chirurgie, 1890.
TRIPIER. — Thèse de Paris, 1890.
TILLAUX. — Traité de Chirurgie clinique.

TERRIER. — Pathologie chirurgicale.
VALETTE. — Clinique chirurgicale, 1895.
VIDAL. — France Médicale, 1881.
WEINLECHNER. — Wiener médecin. wochenschrift, 1877.
— Allgemein médec. zeitung, 1884.
VERNEUIL. — Archives de Médecine, 1887.
— Gazette hebdomadaire, 1861.
— Revue de Médecine et de Chirurgie, 1854.
— Thèse de Paris, 1853.
VAN HIRCHTER. — Journal de Médecine, Chirurgie et Pharmacologie de Bruxelles, 1889.
VAISSIER. — Thèse de Paris, 1896-1897, n° 544.
VINA. — Annales de la Société Belge de Chirurgie, 1890.
VIANNAY. — Revue de Chirurgie, 1905, n° 1.
— Lyon Médical, 1904.
WENZEL. — Société médicale Argentine, 1902.
ZARTARIAS. — Thèse de Paris, 1880.

Vu et approuvé :
Montpellier, le 21 avril 1908.
Le Doyen,
MAIRET.

Vu et permis d'imprimer :
Montpellier, le 21 avril 1908.
Pour le Recteur,
Le Vice-Président du Conseil de l'Université,
MAIRET.

SERMENT

En présence des Maîtres de cette École, de mes chers condisciples, et devant l'effigie d'Hippocrate, je promets et je jure, au nom de l'Être suprême, d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la Médecine. Je donnerai mes soins gratuits à l'indigent, et n'exigerai jamais un salaire au-dessus de mon travail. Admis dans l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe; ma langue taira les secrets qui me seront confiés, et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser le crime. Respectueux et reconnaissant envers mes Maîtres, je rendrai à leurs enfants l'instruction que j'ai reçue de leurs pères.

Que les hommes m'accordent leur estime si je suis fidèle à mes promesses ! Que je sois couvert d'opprobre et méprisé de mes confrères si j'y manque !